


SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 10

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 14 janvier 1865,

Par Paul BROUARDEL

né à Saint-Quentin (Aisne)

Interne lauréat des hôpitaux de Paris
Prix des externes (1[er] au concours de l'internat 1859),
Médaille d'argent 1861, 1[re] mention 1862-63,
Lauréat de la Faculté de Médecine, 2[e] mention 1863,
Vice-secrétaire de la Société anatomique.

DE LA TUBERCULISATION

DES

ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1865

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. TARDIEU.

Professeurs. MM.

Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Pathologie médicale	BÉHIER MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Clinique médicale	BOUILLAUD. PIORRY. N. GUILLOT. GRISOLLE.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen hon., M. le Baron PAUL DUBOIS. — *Prof. hon.*, MM. CLOQUET et ROSTAN

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.	MM. EMPIS.	MM. LIÉGEOIS.	MM. REVEIL.
BAUCHET.	FANO.	LORAIN.	SÉE.
BLOT.	FOUCHER.	LUTZ.	TARNIER.
CHARCOT.	GUILLEMIN.	PARROT.	TRÉLAT.
CHAUFFARD.	HÉRARD.	POTAIN.	VULPIAN.
DOLBEAU.	HOUEL.		
DUCHAUSSOY.	LABOULBÈNE.		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. HARDY.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	LASÈGUE.
— d'ophthalmologie	FOLLIN.
— des maladies des voies urinaires	VOILLEMIER

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Examinateurs de la thèse.

MM. GOSSELIN, *président;* BÉHIER, CHAUFFARD, TARNIER.

M. FORGET, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

A LA MÉMOIRE

DU DR ARAN

A M. LE PROFESSEUR VELPEAU

A M. LE PROFESSEUR GOSSELIN

A M. BERNUTZ

A M. BOUCHER DE LA VILLE JOSSY

A M. LAILLER

A M. MESNET

A M. LORAIN

A M. BOUCHUT

Je prie MM. LASÈGUE, DANYAU, BUCQUOY, POTAIN et CAZALIS de recevoir l'expression de ma gratitude pour la bienveillance qu'ils m'ont témoignée dans le cours de mes études médicales.

DE LA TUBERCULISATION

DES

ORGANES GÉNITAUX

DE LA FEMME

PRÉLIMINAIRES

Lorsque sous une influence diathésique un organe se trouve lésé, l'organe ne reste pas seul malade, toute l'économie est atteinte ; certains appareils fonctionnent avec plus d'activité, ils suppléent ainsi d'une manière plus où moins suffisante à la fonction qui ne se fait plus ; pendant que s'exécute cette suractivité, d'autres appareils languissent, toute manifestation semble s'éteindre en eux. Il y a dans ce contraste une source d'études intéressantes de physiologie pathologique. Nous ne pouvons ici considérer que l'appareil génital. C'est du reste celui qui semble le plus impressionnable aux troubles de la santé et plus exposé à des arrêts fonctionnels. Chacun sait que pendant la durée de la phthisie la menstruation s'arrête.

La cause la plus fréquente de cet arrêt de fonction se trouve certainement dans l'appauvrissement du sang, mais peut-être n'en est-il pas toujours ainsi ; la phthisie retentit en effet avec une singulière fréquence dans les organes génitaux de la femme. Elle s'y manifeste par des lésions si fréquentes, catarrhales, inflammatoires et même tubercu-

leuses, que l'influence de la lésion dans un grand nombre de cas ne me semble pouvoir être niée. Ne sait-on pas d'ailleurs que l'arrêt menstruel peut précéder toute autre manifestation de la maladie tuberculeuse? « Dans mon opinion (1), dit Aran, de toutes les maladies, de toutes les diathèses, celle qui me paraît influencer le plus directement le système utérin, c'est la phthisie pulmonaire, c'est la diathèse tuberculeuse. »

Nous avons vérifié cette assertion par un moyen indirect. Nous avons relevé dans les observations du Dr Carl Henning (2) celles où il y avait phthisie pulmonaire. Cet ouvrage, fait à un tout autre point de vue que celui qui nous occupe, puisque l'auteur décrit tous les catarrhes des organes génitaux, nous a donné les résultats suivants, assez curieux à signaler :

Sur 57 cas de catarrhe de la trompe, 22 appartiennent à des femmes phthisiques, 1 à une femme morte de méningite tuberculeuse, un autre à une femme morte de coxalgie, un autre à une femme morte de caries et nécroses multiples. Les autres maladies où on a trouvé le plus souvent le catarrhe de la trompe sont : les kystes de l'ovaire, 7 fois; le cancer de l'utérus, 4 fois.

L'influence de la diathèse tuberculeuse nous semble assez évidente. Dans certains cas, la lésion tuberculeuse se dépose en même temps dans le poumon et dans les organes génitaux, quelquefois aussi, c'est là qu'elle se développe primitivement, constituant alors une sorte de phthisie pelvienne primitive. C'est à l'étude de ces derniers faits que cette thèse est consacrée. Nous serons heureux si ce travail peut exciter le désir d'étudier avec

(1) Aran, Maladies de l'utérus, page 103.
(2) Dr Carl Henning. — *Des Catarrh des inneren weibleichen geschlechtstheile.* — Leipzig, 1862.

plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'ici une variété d'affection génitale, à tort considérée comme très-rare.

Nous pensons, de plus, que rapprochées des faits tels qu'ils se passent habituellement, ces exceptions ne sont pas stériles en enseignements. C'est ce que nous chercherons à montrer à propos du développement du tubercule en général.

Si, à l'exemple de l'anatomiste, nous voulions comparer les organes génitaux de la femme à ceux de l'homme, il nous serait facile de faire saillir de ce parallèle des analogies et des différences intéressantes ; mais, limité par l'espace, nous devons nous borner ici à établir ce qui nous semble important au point de vue pathologique. Les maladies qui frappent les appareils génitaux sont les mêmes dans les deux sexes, mais elles sont loin de se traduire par les mêmes manifestations.

Le secret de cette différence est tout entier dans un fait anatomique dont on n'a pas tout d'abord saisi l'importance pathologique.

Chez l'homme, le testicule et l'épididyme sont en rapport avec une séreuse d'étendue limitée, la tunique vaginale; chez la femme, leurs analogues, l'ovaire et la trompe, sont placés dans la séreuse peritonéale, la plus vaste de toutes les séreuses.

On sait la facilité avec laquelle l'inflammation se développe dans ces membranes, même quand le point de départ est dans l'organe qu'elles recouvrent. Il en sera de même à plus forte raison pour les organes génitaux de la femme, car il y a non-seulement contiguïté de tissus, mais même continuité.

Nous verrons, dans quelques observations, que les orifices des oviductes restent quelquefois béants dans le pé-

ritoine lorsque du pus ou du tubercule s'accumule dans leur cavité.

La situation des annexes de l'utérus dans le péritoine constitue un danger réel qui implique pour les maladies de l'appareil génital de la femme un pronostic bien plus grave que pour ces mêmes maladies développées dans les organes sexuels de l'homme, parce que là elles sont en quelque sorte limitées.

Chez l'homme, en effet, l'épididymite s'accompagne de vaginalite, les tubercules du testicule donnent lieu à des adhérences et à des épanchements vaginaux.

Le début de l'orchite, il est vrai, est quelquefois caractérisé par des vomissements, des douleurs dans le bas-ventre, une fièvre intense, qui peuvent tromper et faire redouter une péritonite (1). Mais, même alors, l'orchite n'entraîne jamais un pronostic sérieux.

Si la tunique vaginale est solidaire des affections du testicule, il en est de même pour le péritoine dans les affections de l'ovaire et de la trompe.

Si nous voulions une preuve de la fréquence de ces inflammations du péritoine pelvien, nous pourrions dire que lorsqu'on fait l'autopsie de femmes qui ont eu des enfants on trouve des adhérences d'une manière presque constante. L'année dernière encore, nous avons entendu, à la Société anatomique, M. Guyon insister sur l'excessive fréquence de ces brides, stigmates d'anciennes inflammations.

Si nous rappelons ces faits, c'est que l'existence de la pelvi-péritonite a paru surprendre certains esprits, comme si dans l'économie on n'avait jamais observé rien d'analogue. Pourtant, dans un grand nombre d'autopsies, on avait

(1) Nous ne savons si, dans quelques-uns de ces cas, ce ne serait pas à la communication persistante de la tunique vaginale et du péritoine qu'il faudrait attribuer l'intensité des accidents du début.

déjà signalé l'envahissement du péritoine à titre de complication, mais aucun auteur, jusqu'à M. Bernutz, n'avait songé à faire de cet accident pathologique un symptôme utérin. C'est par son étude minutieuse et détaillée que notre maître a réussi à faire non pas seulement l'histoire anatomique de la pelvi-péritonite, mais, ce qui était bien plus important, son histoire clinique.

Nous avons cru, en commençant notre travail, devoir rappeler le rôle que joue le péritoine dans les affections utérines, car nous acceptons pleinement les opinions de MM. Bernutzet Goupil sur la pelvi-péritonite.

Ajoutons, s'il faut justifier les assertions précédentes, ces quelques mots empruntés au livre de notre regrettable maître M. Aran, que l'on ne pouvait soupçonner de partialité pour la pelvi-péritonite :

« S'il est vrai que primitivement c'est la trompe ou l'ovaire qui sont malades, que la péritonite n'est que consécutive, il n'est pas moins vrai, ainsi que le disent MM. Bernutz et Goupil, que, dès que la péritonite est développée, c'est elle qui domine toute la scène pathologique. »

Malgré cette différence dans la gravité des affections des organes génitaux dans les deux sexes, c'est à peine si jusqu'à MM. Bernutz, Aran, Siredey, on avait parlé d'une des manifestations pathologiques les plus graves, la tuberculisation des organes génitaux de la femme

L'historique de cette maladie n'est pas long : jusqu'au mémoire de M. Reynaud(1), rien n'est plus douteux que le fait lui-même de la présence de tubercules dans les organes génitaux. Vers cette époque et depuis, un grand nombre d'observateurs ont eu le hasard de rencontrer un ou plu-

(1) Reynaud, *Archives*, 1831, page 186, vol. xxvi, 1re série.

sieurs cas, mais généralement c'est à l'autopsie qu'on a reconnu la lésion, et d'ordinaire rien dans les symptômes n'avait fixé l'attention du côté de l'appareil génital; si même quelque manifestation morbide avait pu se constater, nous n'avons guère que des erreurs de diagnostic à enregistrer, et cela se conçoit aisément. Si, nous plaçant en face d'un organe quelconque, nous cherchons quels sont les moyens que nous possédons pour analyser ses affections, nous n'en trouvons que deux, l'appréciation de ses troubles fonctionnels et les altérations survenues dans sa consistance, sa forme, etc. Quant aux moyens physiques tirés des méthodes d'exploration, percussion, etc., ce sont des moyens précieux applicables dans des cas déterminés, mais qui ne sont destinés qu'à fournir peu de renseignements dans les cas qui nous occupent. Or rien n'est plus borné que les manifestations fonctionnelles des organes génitaux. D'abord ces organes ne vivent chez la femme qu'un certain nombre d'années, avant 15 ans; après 45 ans, ils restent dans le silence, et c'est à peine si un écoulement de nature plus ou moins suspecte vient de temps à autre avertir le médecin que de ce côté il se passe quelque trouble pathologique. D'autre part, pendant la vie physiologique de cet appareil, avons-nous des renseignements beaucoup plus précis? Difficilement. On sait combien de causes peuvent provoquer un dérangement menstruel : chaque femme a, pour ainsi dire, sa physiologie menstruelle à part, retour, durée, abondance, douleurs, retentissement général sur l'économie, tout varie pour chaque femme, tout varie au moindre événement. Aussi jusqu'à ces dernières années tout était confusion dans les maladies utérines, et ce n'est guère que depuis les travaux de MM. Nonat, Gosselin, Gallard, qu'un mouvement s'est pro-

duit, déterminé par l'esprit d'investigation qui a animé nos maîtres depuis le commencement du siècle, et que de cette confusion on a pu faire sortir quelque lumière.

Depuis lors, MM. Bernutz et Goupil, en établissant les rapports qui existent entre le péritoine pelvien et les organes qu'il recouvre, en précisant le siége de la lésion, ont permis de trouver dans les manifestations pathologiques de l'appareil utérin un point d'appui entièrement nouveau, et ont signalé le fait capital, au point de vue clinique de la pathologie utérine.

MM. Aran, Siredey, en insistant davantage sur les lésions des annexes de l'utérus, ont dégagé le sujet et permis de poser pour les organes génitaux de la femme le diagnostic anatomique avec une certaine précision.

Parmi ces affections, il en est une, la tuberculisation, dont les manifestations sont restées fort obscures. S'il nous est possible, grâce aux travaux des auteurs que nous venons de citer, et d'autres dont nous parlerons dans ce tratravail, de poser le diagnostic du siége de la lésion, il nous est plus difficile encore de dire quelle est sa nature. Cela se conçoit aisément : qu'une pleuresie ait envahi la poitrine d'un malade, ne savons-nous pas combien il nous sera difficile de préciser la nature du liquide, l'état des plèvres plus ou moins envahies pas des fausses membranes, la cause enfin de la pleurésie, si elle est simple ou tuberculeuse? Eh bien, toutes ces difficultés nous les retrouvons pour les affections utérines, mais aggravées, parce que nous sommes privés des ressources que nous fournissaient l'auscultation et la percussion ; nous n'avons qu'un moyen physique d'exploration à employer, c'est le toucher ; c'est dans sa finesse et l'interprétation exacte des sensations perçues que nous devons placer toute chance de diagnostic exact.

Aussi n'avons-nous pas la prétention d'exposer le dianostic et la symptomatologie des tubercules des organes génitaux. Nous ne pouvons qu'exposer le résultat de nos recherches.

Enfin nous nous sommes trouvé devant une autre difficulté.

Cette affection a une lente évolution, la maladie doit être observée des mois, quelquefois des années; on sait que rien n'égale l'avidité des malades pour tout nouveau traitement quand leur patience a été mise à une triste épreuve par la stérilité ou la longueur des traitements précédents : aussi elles changent à tout moment de médecin ou de service, et rarement un même observateur a le commencement et la fin de l'histoire de la maladie.

Pendant nos recherches sur ce sujet, nous avons cru remarquer que fréquemment les femmes chez lesquelles nous soupçonnions des tubercules des organes génitaux avaient eu, soit à la suite de leurs accouchements, soit par toute autre cause, des accidents inflammatoires du côté de l'appareil génital.

Ce fait avait attiré notre attention et nous avions cherché si les autres manifestations tuberculeuses n'étaient pas, elles aussi, souvent précédées d'inflammations. Sur le poumon, le fait est difficile à vérifier, à cause de la fréquence de ses irritations.

Mais sur d'autres organes, le testicule, nous avons pu souvent constater qu'une orchite blennorrhagique avait précédé à une date plus ou moins rapprochée l'affection tuberculeuse.

Ce n'est pas là une observation isolée. Dufour(1) écrit : « Nous accordons que l'épididymite blennorrhagique peut

(1) Ch. Dufour, thèse inaugurale. Paris, 1854, *Étude sur la tuberculisation des organes génito-urinaires*, page 30.

être une cause puissante et déterminante de tuberculisation chez des sujets prédisposés; on voit alors l'engorgement indolent, qui quelquefois persiste même si longtemps chez des sujets indemnes de toute diathèse tuberculeuse, et sur lequel M. Gosselin a particulièrement appelé l'attention des praticiens dans ces derniers temps; on voit, dis-je, cet engorgement persister à l'état subaigu, et une tuberculisation *galopante* de l'épididyme lui succéder... Ici l'épididymite blennorrhagique ne me semble agir que comme une pneumonie aiguë survenant chez un sujet prédisposé et à laquelle succède une phthisie subite et à marche rapide; pour moi, je ne vois qu'une cause déterminante et rien de spécifique. » Suit une observation à l'appui.

Cette idée nous paraît répondre à un fait vrai. De plus, la tuberculisation se manifeste ici sous une forme encore peu étudiée : aussi croyons-nous devoir dire quelques mots sur le tubercule avant d'aborder l'histoire spéciale que nous voulons traiter.

DU TUBERCULE.

Avant d'entrer dans la description des lésions tuberculeuses qui frappent les organes génitaux de la femme, il nous semble indispensable de nous entendre d'une façon définitive sur ce mot de tubercule qui a eu le privilége d'exciter autour de lui les discussions doctrinales les plus vives. Nous ne pouvons ici avoir la prétention d'épuiser la matière, nous voulons détacher du sujet, autant qu'il est possible de scinder dans une pareille matière, ce qu'il y a de spécial à la tuberculisation des membranes muqueuses, et nous démontrerons que l'étude des produits tuberculeux dans ces organes n'est pas sans jeter un certain jour sur quelques points encore très-discutés.

M. le professeur Andral (1) dit : « D'autres auteurs ont placé le siége du tubercule pulmonaire dans les vésicules aériennes elles-mêmes ; ils ont pensé que ce produit n'était autre chose qu'une matière morbide, une sorte de pus concret qui se sécrétait à l'intérieur de ces vésicules. Tout récemment, le Dr Carswell, de Londres, a adopté cette manière de voir dans son ouvrage d'anatomie pathologique : pour lui aussi, la granulation grise qui précède si souvent le tubercule n'est autre chose qu'une matière qui se sécrète à l'intérieur des vésicules ; et si, plus tard, le tubercule se ramollit, c'est parce qu'autour de la matière concrète, d'abord sécrétée, il se dépose une matière plus liquide qui sépare et dissout les molécules de la première. Une pareille opinion ne me paraît pas soutenable : *puisqu'en effet les tubercules peuvent indifféremment se développer dans tous les organes, et que partout c'est dans l'intimité de leur trame qu'ils prennent naissance*, on ne voit pas pourquoi l'on admettrait que, dans le poumon, ce sont les vésicules aériennes qui leur servent de matrice. Il semble beaucoup plus conforme à la vérité d'établir que partout où se produit *du tubercule, il se développe dans la trame même des différents organes, et spécialement dans le tissu cellulo-vasculaire* qui, pour me servir d'une expression de Bichat, est le canevas commun où doivent venir également se déposer et les matériaux ordinaires des nutritions et des sécrétions normales, et les éléments morbides des nutritions et des sécrétions anormales. Il serait fort singulier que, tandis que partout ailleurs la matière tuberculeuse prend naissance dans la profondeur même des différentes trames organiques, il n'en fût plus de même dans le poumon, et que là seulement, contrairement à tout ce qu'on sait d'ailleurs, elle ne

(1) Édition 3e de Laënnec, vol. II, page 20, en note.

fût autre chose que le résultat d'une sécrétion viciée de la membrane qui tapisse les dernières extrémités des bronches. *On a bien cité, à la vérité, quelques exemples de matière tuberculeuse rencontrée dans certaines cavités tapissées par des membranes muqueuses ; on dit en avoir constaté l'existence dans les uretères, dans les trompes de Fallopes.* J'ai cité moi-même un cas dans lequel j'ai trouvé chez un cheval une grosse bronche remplie d'une matière caséeuse semblable à du tubercule. *Mais de tels cas sont bien rares, et ils ont peut-être besoin d'être revus pour être définitivement admis....* Je sais bien qu'il y a souvent un grand compte à tenir des faits exceptionnels, mais encore faut-il qu'ils aient été constatés. »

Ces faits exceptionnels sont devenus communs, et dans ces lignes M. Andral ne cherche pas à interpréter leur valeur, il ne fait que constater son embarras et son hésitation à les ranger à côté de ceux dans lesquels le tubercule occupe le tissu cellulaire.

Dans un autre ouvrage(1), M. Andral, gêné toujours par ces faits, semble admettre que *comme l'épiderme* le tubercule pourrait bien être sécrété à l'état solide.

C'est qu'il y a là une confusion que les faits cliniques auraient déjà pu faire prévoir, que les recherches des anatomo-pathologistes ont enfin déterminée. Nos maîtres, depuis le commencement de ce siècle, ont regardé, suivant leurs tendances particulières, le tubercule comme un produit inflammatoire ou comme un produit sans analogue dans l'économie, se développant en un siége quelconque, mais plus spécialement dans le poumon, par une sorte de fatalité dont ils ont placé la cause première dans une diathèse. Mais cette diathèse elle-même qu'était-elle ? un dé-

(1) Andral, *Précis d'anatomie pathologique,* tome I, page 413.

rivé de la diathèse scrofuleuse ou une nouvelle diathèse? Dans toutes ces opinions il existe quelque chose de vrai; mais ce qui a donné lieu à cette confusion, c'est que tout le monde, d'accord sur le point de départ, a cru au tubercule *un*, se développant par ses forces propres et subissant constamment la même évolution.

Il existe pourtant des différences immenses entre le tubercule miliaire et le tubercule infiltré, entre ce granule et cette nappe tuberculeuse qui revêt les cavités muqueuses et les cavités accidentelles, telles que les surfaces des cavernes. Si nous pouvions donner ici tout le développement utile à un pareil sujet, nous montrerions que, si anatomiquement ces deux formes diffèrent, cliniquement il en est de même, que la seconde forme, celle que nous désignons sous le nom de forme en nappe, se développe surtout lentement, d'une façon progressive, qu'elle ne frappe pas toute l'économie en même temps, comme la tuberculisation granuleuse, que c'est parmi les faits empruntés à cette forme enfin que nous devons chercher les exceptions à la loi de M. Louis sur la coïncidence des tubercules dans les différents organes et le poumon. Mais si cliniquement on doit séparer ces deux formes, étiologiquement il en est de même à bien plus grande raison. Cette nappe de tubercules qui peut revêtir les surfaces, appartient surtout aux formes scrofuleuses de cette affection, et nous verrons dans les observations suivantes qu'elle se développe en général là où une affection antérieure, inflammation généralement, a laissé quelque germe d'irritation. Nous laissons à part toute discussion à l'égard de la forme granuleuse du tubercule; il ne ressort pas de notre thèse de nouveaux éclaircissements sur sa nature. Mais voyons ce qu'est ce produit pathologique qui n'est pas du tubercule, ainsi que celui qui envahit les tissus, et qui cependant n'est pas du pus, produit le plus

caractéristique de toute inflammation : nous pensons que c'est cependant du produit inflammatoire qu'il se rapproche le plus ; mais là encore il faut dire ce que nous entendons par inflammation.

Le caractère de l'inflammation franche, lorsqu'elle arrive sous l'influence d'une cause extérieure, et chez un individu sain, exempt de toute influence diathésique, est de parcourir rapidement ses diverses périodes ; elle guérit et ne laisse après elle aucune suite, ou elle fait périr le malade en un temps relativement court.

Mais si l'inflammation se présente avec cet aspect dans un grand nombre de cas, il est loin d'en être toujours ainsi. Qu'elle se développe, même sous l'influence d'une cause extérieure, chez un individu atteint d'une diathèse, et en particulier de la diathèse scrofuleuse, peut-être ses premières manifestations seront-elles aussi intenses, aussi nettes; mais presque de suite, au lieu de progresser rapidement vers la mort ou la guérison, la marche se ralentit, la guérison languit, et à la période d'état succède une inflammation de médiocre intensité qui s'éternise. Il en est de même, que l'inflammation ait été d'abord aiguë ou qu'elle ait été chronique d'emblée. Pour justifier cette proposition, nous n'avons qu'à rappeler l'otite, l'ozène, les écoulements de toute nature qui, une fois entés sur une nature scrofuleuse, semblent défier toutes les ressources de la thérapeutique.

Dans ces conditions, il suffit qu'un accident, une affection antérieure ait frappé un organe pour que la diathèse scrofuleuse y fixe ses manifestations, et pour que cet organe prenne immédiatement chez l'individu atteint le premier rang parmi ceux dans lesquels se développeront plus tard, et alors complétement, les productions diathésiques.

Or qu'est-ce que nous voyons arriver alors ? Des enté-

rites d'une durée infinie et des ganglions lombaires tuberculeux, des otites, des affections du cuir chevelu et des ganglions cervicaux tuberculeux, etc. Remarquons encore que les ganglions peuvent devenir tuberculeux sans que la muqueuse d'où ils reçoivent leurs lympathiques soit elle-même tuberculeuse. Nous ne pouvons jamais savoir à quel moment précis le produit tubercule s'est développé, s'il a préexisté à toute manifestation pathologique (car nous ne pouvons savoir qu'il existe que par le processus inflammatoire qui l'accompagne), ou si plutôt il ne s'est produit que secondairement à la suite des premiers accidents.

Pour nous, nous n'acceptons pas volontiers la première hypothèse; ce prodnit qui se dépose d'une manière fatale en un point particulier, qui y sera latent jusqu'au moment où une réaction inflammatoire l'accompagnera, ne nous semble pas parfaitement indiscutable. On ne trouve, en effet, jamais de tubercule à l'autopsie sans quelque manifestation pathologique observée pendant la vie, excepté peut-être dans les ganglions, dont la vie fonctionnelle est obscure, et qui ne sont sains et malades que parce que les membranes auxquelles ils répondent sont saines ou malades. Nous ferons seulement remarquer qu'il sont déjà souvent tuberculeux alors que leur origine anatomique n'a été affectée que de catarrhe.

Il nous semble dès lors plus en rapport avec les faits cliniques de considérer la production phymatoïde comme une production secondaire succédant au catarrhe et ne le précédant pas.

Nous n'avons pas parlé du poumon jusqu'ici, parce que rien n'est plus difficile à analyser que l'anatomie pathologique de l'organe et que nous avons préféré prendre nos exemples dans des appareils d'observation plus facile.

Si nous nous bornons à l'observation dans notre sujet

dans l'appareil utérin, nous croyons être dans le vrai en faisant remarquer, et cette remarque je pourrais l'emprunter à tous les auteurs qui se sont occupés de gynécologie, que presque toutes les femmes phthisiques ont des catarrhes utérins, et à l'autopsie, alors même qu'elles sont mortes par le poumon, il est bien rare que l'on ne trouve pas, dans les trompes ou l'utérus, du pus; dans le bassin, des adhérences, traces d'anciennes inflammations.

Dès lors, nous croyons que ce catarrhe peut n'être que le début de la lésion plus avancées sur laquelle nous allons insister, et nous ajoutons que si la vie avait été moins rapidement frappée par les lésions pulmonaires, on aurait trouvé dans les trompes, l'ovaire et l'utérus, ce produit phymatoïde qui a tous les caractères des productions tuberculeuses que l'on trouve dans les anciennes cavernes, dans les abcès par congestion, partout où un espace relativement grand permet au produit morbide de se développer, non plus en faisant une masse, un tubercule, mais en nappe.

Il y a donc pour nous une distinction à établir. *Le tubercule n'est pas un,* ou plutôt il n'y a de vrai tubercule que celui qui se développe dans le tissu connectif. L'autre produit, celui dont nous devons décrire l'évolution dans les organes génitaux, est un produit qui se développe chez les individus scrofuleux ou tuberculeux, il est vrai, mais qui n'a plus ni les caractères cliniques ni les caractères anatomiques du vrai tubercule, c'est du produit tuberculeux. Si nous conservons à cette thèse le titre qu'elle porte, c'est que ce processus pathologique ne se développe que chez les individus scrofuleux, le plus souvent même tuberculeux. Peut-être cependant un mot nouveau ferait-il mieux saisir notre opinion et surtout pourrait faire disparaître plus tôt la confusion que nous avons signalée.

Ces idées, que l'observation des malades nous avait suscitées, sont loin de nous être personnelles. Nous n'avons pas à reproduire la longue liste des auteurs qui, séduits par des analogies inniables, ont fait du tubercule un produit inflammatoire ; cette opinion constitue une erreur si on ne la fait suivre de cette explication, que rien ne diffère de l'inflammation franche chez un sujet exempt de diathèse comme une autre prise comme exemple chez un scrofuleux, que les produits de ses inflammations diffèrent les uns des autres, depuis le pus du phlegmon jusqu'à celui du catarrhe chronique, d'un écoulement vaginal, ou celui d'un abcès par congestion. Il faut, si on accepte l'inflammation telle qu'on la comprend aujourd'hui, la diviser dans toutes ces espèces, si on ne veut tomber dans la pire des confusions, et une fois que l'on a accepté cette classe pathologique, on doit reconnaître que le processus qui donne naissance au produit phymatoïde a la parenté la plus étroite avec le processus inflammatoire. Il y a de plus, entre ces deux modes pathologiques, une relation de cause à effet : dans certains cas, nous avions vu que les malades atteints de tubercules des testicules avaient eu des orchites antérieures, et cet antécédent pathologique, nous avons été heureux de le retrouver constaté par Laënnec, Andral, etc.

Laënnec dit (1) : « J'admettrais assez volontiers comme une chose indifférente en pratique, et comme une opinion sans conséquence en théorie sage...., que dans le petit nombre de cas où l'on voit la phthisie se développer dans la convalescence d'une péripneumonie aiguë, il peut arriver quelquefois que l'inflammation du poumon y hâte le développement des tubercules auxquels le malade était

(1) *Auscultation*, vol. II, page 71, édition Andral.

disposé par une cause encore inconnue pour nous, mais bien certainement autre que l'inflammation, et cela non pas que les mouvements organiques qui constituent l'inflammation puissent par eux-mêmes produire des tubercules, mais parce que le surcroît de mouvement et le surcroît de nutrition qui constituent l'orgasme inflammatoire ont hâté l'apparition d'une modification tout à fait différente de l'économie. »

Ces réflexions nous paraissent on ne peut plus vraies, et nous pensons que l'inflammation en elle-même est impuissante à produire le tubercule, mais que le sujet soit prédisposé, que ce soit un scrofuleux, et il se déposera du produit tuberculeux à la surface des membranes muqueuses affectées.

M. Andral dit (1) : « ... Toutefois il ne faut pas oublier que des tubercules peuvent souvent aussi se développer à la suite d'une inflammation qui, agissant alors en troublant la nutrition, peut être l'occasion du développement de toute espèce d'altération. Ce sont des cas de ce genre, dont la réalité ne saurait être mise en doute, qui ont été trop généralisés et dont on s'est servi pour établir que tout tubercule provient d'une inflammation ou de son équivalent. »

Et conclusion 4 : « L'irritation, dans toutes ses formes et à tous ses degrés, exerce souvent une grande influence sur la production des tubercules, mais elle n'en est jamais que la cause occasionnelle, et son rôle se borne à mettre en jeu la prédisposition, qui, sans elle, eût pu rester plus ou moins longtemps caché. »

Ces considérations nous ont paru devoir nécessairement précéder l'exposé des affections tuberculeuses des organes génitaux de la femme, parce que ce n'est pas la forme que

(1) *Auscultation*, vol. II, page 94, édition Andral.

l'on regarde comme normale que nous avons à y montrer, mais qu'ici l'exception est la règle, et que dans toutes nos observations nous verrons le tubercule être déposé en couche plus ou moins épaisse à la surface de la muqueuse et rarement se montrer sous une autre forme.

Nous avons été heureux de voir que cette manière d'interpréter les faits trouvait un appui dans les dernières recherches micrographiques des auteurs allemands. Notre propre expérience est beaucoup trop suspecte à nos yeux pour que nous soyons tenté d'y chercher nos preuves. Mais ce que nous allons emprunter à ce genre de démonstration, nous l'avons vérifié, grâce à l'obligeance et à l'habileté de notre ami M. Cornil, qui a bien voulu nous aider de ses lumières.

Nous trouvons dans l'excellente thèse de M. Villemin (1) cette distinction des deux espèces de manifestations tuberculeuses parfaitement établie :

« Le scrofulisme est un état général avec prédisposition aux affections épithéliales de la peau et des muqueuses. Ce que l'on prend pour du tubercule dans le poumon n'est ordinairement que le produit de l'inflammation de l'épithélium de la vésicule pouvant prendre naissance, comme dans toutes les autres muqueuses, sous l'influence de la diathèse scrofuleuse....

« Le tubercule véritable est une lésion à part et qui n'a pas de rapport direct avec la scrofule. »

Et page 26, à propos de la description qu'il donne du tubercule du testicule, M. Villemin ajoute :

« Lorsque l'on considère les éléments qui entrent dans la structure du tubercule, on se demande naturellement si les auteurs ne comprennent pas sous le nom de tubercule

(1) *Du tubercule*, etc. Paris, 1862, p. 57. Chez J.-B. Baillière.

des procès de nature et de siéges différents. En effet, l'épithélium des canalicules est susceptible, comme toutes les productions cellulaires de ce genre, de subir des altérations de nutrition, consistant dans l'hypertrophie et la multiplication de ses éléments. C'est ce qui constitue son inflammation. *Ces lésions peuvent être déterminées par le tubercule lui-même, développé dans le tissu interstitiel. Mais elles peuvent naître sous d'autres influences,* et alors le produit inflammatoire, qu'il soit constitué par une simple prolifération cellulaire ou qu'il soit purulent, s'accumulera dans les canalicules circonscrits et étranglés par les cloisons plus ou moins enflammées elles-mêmes ; il donnera lieu à des masses isolées, *tuberculiformes*, et quand la métamorphose régressive s'en emparera, il sera pris pour du tubercule, si l'on regarde la consistance caséeuse comme la caractéristique de ce procès morbide.

« Une masse dite tuberculeuse peut donc provenir d'altérations diverses et atteindre des éléments différents de la glande. Ou bien elle est constituée par une production toute particulière siégeant toujours dans un tissu unique et ayant une évolution spéciale que nous avons décrite plus haut, ou bien elle résulte des troubles inflammatoires de cellules épithéliales des canaux spermatiques, ou bien enfin elle est formée par la réunion de ces deux produits. Ajoutons que le tissu intercanaliculaire peut aussi s'enflammer et compliquer encore les conditions du procès pathologique.

« On comprend combien il est préjudiciable à la pratique de confondre sous une dénomination commune des productions aussi diverses par leur nature, et cela parce qu'elles offrent une analogie grossière de forme et d'aspect. »

Nous n'avons qu'à ratifier cette conclusion.

ÉTIOLOGIE, FRÉQUENCE.

La tuberculisation des organes génitaux de la femme est loin d'être aussi rare que l'état de nos connaissances à ce sujet tendrait à le faire croire. Nous avons pu en réunir 56 cas. Namias (1) estime qu'on la rencontre 12 fois sur 100 phthisiques.

Le Dr Wilh. Geil (2) en a publié 45 nouveaux cas.

Kiwisch (3) donne le résultat de 14 observations.

Paulsen (4) a pu observer six faits.

Sur les 56 malades dont nous avons pu lire l'histoire, donnée le plus souvent, il est vrai, sans grands détails, nous avons trouvé sous le rapport de l'âge :

	cas.	ans.	cas.	ans.	cas.	ans.	cas.	ans.	cas.	ans.	cas.	ans.	cas.
2 mois ½	1	12	1	20	1	31	1	40	1	55	2	75	1
3 ans ½	1	15	1	21	2	33	1	45	1			79	1
5 —	2	16	1	22	3	34	2	47	1				
8 —	1	17	1	23	2	35	2						
9 —	1	18	2	24	2	36	1						
		19	1	25	2	38	1						
				26	1	39	1						
				27	1								
				29	2								
Avant 10 ans	6	De 10 à 20	7	De 20 à 30 (1)	16	De 30 à 40	9	De 40 à 60	3	De 50 à 60	2	Plus de 60 (2)	2

(1) Il faut ajouter 4 cas désignés par les auteurs sous le titre *Jeunes filles* de 20 à 25 ans, ou 20 cas de 20 à 30 ans. Dans 5 cas, l'âge n'était pas indiqué.

(2) Femmes de plus de 60 ans, ou 4 cas au delà de 60 ans.

(1) *Sulla tuberculosi dell' utero Edegi organi ad esso attenenti; Giracinto Namias.* 1er mémoire, vol. VII *delle Memorie dell' istituto stesso.* 2e mémoire, vol. IX, *id.* Venezia, 1858 et 1861.

(2) Sur la tuberculisation des organes génitaux de la femme. Von Dr Wilh. Geil, inaug. abbandl. Erlangen, 1851. Schmith iahrbücher, 1852, page 324, no 258.

(3) Klinische Vorträge. — Franz A. Kiwisch Ritter von Rottereau Prague, 1849, vol. I, page 240.

(4) Sur la tuberculisation de l'utérus (Hospitals Middelelser, Bd. 5 H. 4), par Paulsen. Schmidtz Sahrbucher, 1853, tome LXXX.

Dans cinq cas, l'âge n'était pas indiqué.

Nous devons rapprocher de ce tableau celui que donne Kiwisch :

14 ans,	1 cas.
23 —	1
28 —	1
35 —	2
37 —	1
38 —	1
41 —	2
51 —	2
53 —	1
65 —	1
79 —	1
	14

Ou, avant 20 ans,	1
De 20 à 30 —	2
De 30 à 40 —	4
De 40 à 50 —	2
De 50 à 60 —	3
Au delà de 60 —	2
	14

Nous ne pouvons associer ce tableau au nôtre, parce qu'il y a des observations communes aux deux relevés.

Le Dr Wilh. Geil donne le tableau suivant :

De 10 à 20 ans,	4
De 20 à 30 —	16
De 30 à 40 —	9
De 40 à 50 —	7
De 50 à 60 —	3
Au delà de 60 —	6
	45

Nous pouvons conclure de ces tableaux que ce sont surtout les femmes de 20 à 40 ans qui sont exposées à cette manifestation, c'est-à-dire pendant la durée de la vie utérine. Toutefois cette fonction n'a pas besoin de s'exécuter pour que le tubercule se développe; nous le voyons se déposer dans les organes génitaux d'enfants de 2 mois (1) et de vieillards de 79 ans. Chez les enfants, la cause première n'est pas difficile à soupçonner, quoique les cas que nous avons relevés ne soient le plus souvent exposés que par une mention plus que succincte; chaque auteur le raconte toujours en ajoutant une jeune scrofuleuse, etc. Ce qui a plus lieu de nous surprendre, c'est le lieu d'élection du dépôt tuberculeux dans un organe qui n'a pas encore de vie active. Chez la femme âgée, nous ne voyons non plus aucune cause spéciale à signaler. Dans ces cas, l'envahissement tuberculeux n'était pas toujours général, et nous avons trouvé la tuberculisation des organes génitaux primitive sans qu'il y en eût dans le poumon dans 4 cas. Dans un cinquième, la tuberculisation utérine parut précéder l'envahissement pulmonaire (cas de Tylez Smith).

L'âge ne présentait rien de particulier. Une femme avait 26 ans, une autre 38, les deux dernières 55 ans. La malade du Dr Tylez Smith avait 35 ans.

La cause qui domine toute cette pathogénie est évidemment la diathèse scrofuleuse; elle se manifeste par le développement d'affections propres à la scrofule, comme dans l'observation 1re, que nous empruntons à M. Cruveilhier. La malade était atteinte d'une coxalgie avec épanchement de matière tuberculeuse dans la cavité coxo-fémorale, et ce n'est que consécutivement que les viscères avaient été envahis. M. Crocq en rapporte un tout semblable (obs. 2),

(1) Lebert, *Traité des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*.

et insiste sur la coïncidence de cet épanchement en forme de masse caséiforme dans les organes utérins et dans l'articulation coxo-fémorale, la seule dans laquelle cette forme ait été signalée à propos des recherches sur les cavités synoviales de Rokitansky en 1844.

M. Crocq ne parle pas des poumons dans la relation de l'autopsie; aussi nous avons dû ne pas ranger cette observation dans celles qui font exception à la loi de M. Louis.

Observation Ire (1). — Une jeune personne de 25 ans entra dans le service de M. Cruveilhier pour une maladie de l'articulation coxo-fémorale droite, à laquelle elle succomba. (L'histoire de la malade est rapportée *Anatomie pathol.*, t. I, p. 453.)

La capsule fibreuse articulaire, qui avait acquis une très-grande capacité, *était remplie d'une matière caséiforme, jaunâtre, morcelée, qui offrait tous les caractères de la matière tuberculeuse.*

En outre, ces épiploons, le mésentère, la surface péritonéale des intestins, le péritoine pariétal, aussi bien que le péritoine viscéral. présentaient une multitude innombrable de granulations. L'épiploon raccorni, extrêmement épais, en était farci. Le mésentère présentait, indépendamment des granulations qui hérissaient sa surface, de très-petits ganglions tuberculeux contenus dans son épaisseur. L'utérus adhérait aux parties voisines par des brides celluleuses.

Les trompes utérines, saines dans le tiers interne de leur longueur, c'est-à-dire dans la partie qui avoisine l'utérus, étaient volumineuses, comme distendues dans les deux tiers externes, et obstruées à leur extrémité libre. L'une et l'autre contenaient une matière pultacée, tuberculeuse, très-adhérente aux replis muqueux de leur surface interne, et comme infiltrée dans leur épaisseur. L'affection tuberculeuse existait donc dans les deux tiers internes des trompes comme dans le péritoine. La membrane muqueuse de l'utérus ne participait nullement à l'affection tuberculeuse.

Les poumons étaient farcis de granulations grises innombrables.

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, tome IV, page 671.

avec intégrité parfaite des parties intermédiaires. Elles étaient plus nombreuses dans les lobes supérieurs que dans les autres lobes (1).

Obs. II (2). — Jeune fille de 20 à 25 ans, blonde, lymphatique, amaigrie, présentant *à l'autopsie* une coxarthrocace très-remarquable du côté gauche; il y avait un dépôt abondant de matière tuberculeuse dans la cavité articulaire, dont les parois étaient intactes, de sorte qu'on devait nécessairement admettre que cette matière, ne pouvant avoir été amenée du dehors, s'était produite dans la cavité même au moyen des produits exsudés. Il y avait en même temps tuberculisation des muscles fessiers, des poumons, des intestins grêles et des ganglions mésentériques.

L'utérus de cette jeune fille présentait un volume au moins double de son volume normal; il était dur et consistant. Les parois épaissies présentaient leur résistance normale; la cavité était dilatée et renfermait au delà d'une cuillerée à soupe de matière tuberculeuse blanchâtre, granuleuse, mollasse, assez semblable à du mortier. Cette matière occupait uniquement la cavité du corps et non celle du col, qui n'était d'ailleurs nullement oblitéré; elle était composée de granules moléculaires et de globules irréguliers, granuleux, dépourvus de noyaux peu attaquables par l'acide acétique et présentant 0,005 à 0,01 millimètre de diamètre.

La muqueuse était épaissie, assez fortement injectée, ainsi que tout le tissu de l'utérus; nulle part il n'y avait de granulations tuberculeuses.

(1) M. Cruveilhier ajoute en note, à propos de cette observation (vol. I, page 155) : « Comme dans presque tous les cas de péritonite granuleuse ou tuberculeuse, la muqueuse de la trompe utérine présentait une infiltration tuberculeuse. Chez cette malade, l'infiltration était limitée à la portion large de la trompe; chez d'autres, elle occupait toute l'étendue de la trompe et même toute la muqueuse du corps de l'utérus. »

Nous avons cru devoir reproduire un certain nombre d'observations, bien qu'elles aient déjà été publiées ailleurs, parce que nous pensons que c'est leur rapprochement et leur comparaison qui leur donnent un nouvel intérêt, tandis qu'isolées elles nécessiteraient de nouveau des recherches pénibles et pas toujours fructueuses.

(2) Crocq, *Archives générales de médecine*, 5e série, tome XVI, année 1860, page 215. — *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, t. III, 2e série, n° 2, 1860.

Les trompes de Fallope étaient volumineuses, repliées sur elles-mêmes en zigzag; leurs cavités, dilatées et communiquant librement avec la cavité utérine, étaient distendues par de la matière tuberculeuse; leurs parois ne présentaient plus aucune trace de granulation ni d'infiltration tuberculeuse.

Immédiatement à côté de la scrofule nous plaçons les inflammations antérieures des organes du petit bassin. Nous nous sommes suffisamment expliqué à ce sujet pour n'y plus insister.

Mais il est une cause analogue par ses effets, en ce sens qu'elle a déterminé une augmentation d'activité de fonction du côté de ces organes, c'est la grossesse. Nous rapportons, à l'appui de cette assertion, l'observation qui nous a été communiquée par M. Cornil.

Presque tous les auteurs d'ailleurs ont indiqué l'influence de l'accouchement. M. Namias (1) admet, ainsi que Rokitansky, que l'état puerpéral donne lieu souvent à cet envahissement. « Suivant toute apparence, c'est alors que l'utérus est presque revenu à son volume naturel que commencent isolément les tubercules, et d'abord au lieu d'implantation du placenta. »

Kiwisch (2) termine ainsi le court article qu'il a consacré à notre sujet : « Pour finir par deux observations personnelles, l'état puerpéral me semble prédisposer à la tuberculisation primitive de l'utérus. »

M. Cruveilhier (3) dit : « Chez les femmes phthisiques *qui accouchent* en pleine tuberculisation pulmonaire et qui meurent peu de temps après l'accouchement on trouve

(1) Namias, 2e mémoire, page 5.
(2) Kiwisch, vol. I, page 241.
(3) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. IV, p. 718, *Tuberculisation de la muqueuse de l'utérus et des trompes*.

quelquefois la muqueuse des trompes utérines infiltrée de matière tuberculeuse. Il en est de même de la membrane interne et des couches profondes du tissu propre de l'utérus. Il est rare que dans ce cas le péritoine ne soit pas en même temps tuberculeux. »

Cette association de l'influence de l'accouchement et de la tuberculisation ne me semble en effet pas douteux.

Je ne puis quitter ce chapitre de l'étiologie sans rappeler un rapport qui me semble des plus intéressants entre la phthisie et les organes génitaux : presque toutes les femmes phthisiques dont nous avons fait l'autopsie avaient leur appareil génital affecté ; chez les unes, on trouvait dans les trompes du mucus et du muco-pus (nous avons déjà signalé à ce sujet l'opinion des D[rs] Aran et Carl Henning); chez les autres, les ovaires anémiés ne présentaient plus que d'anciennes cicatrices de menstruation, mais plus de corps jaunes ni de cicatrices récentes. L'aspect de ces ovaires anémiés et atrophiés était celui de la stéarine, à laquelle M. Bianco Giuseppe les a comparés (1). De plus, même alors que l'utérus et ses annexes ne contenaient pas de tubercules, d'anciennes adhérences, des fausses membranes soudaient tous ces organes entre eux et témoignaient du travail morbide qui, à des époques diverses, avait envahi les organes génitaux sous l'influence de la phthisie générale.

Ce rapprochement n'est pas sans intérêt et a déjà été signalé.

M. Bianco Giuseppe rapporte à ce sujet l'observation suivante, que je choisis parmi d'autres du même genre, mais dans lesquelles il n'y avait pas de tubercules des organes

(1) Bianco Giuseppe. *Le alterazioni d'ovaja*. Fossano, 1860.

génitaux. Les détails particuliers à l'ovaire étaient d'ailleurs parfaitement semblables (1).

OBSERVATION III.

État de l'ovaire chez une femme morte de phthisie pulmonaire, avec hydrothorax, ascite et hypertrophie de la trompe de Fallope.

Le 10 décembre 1858, j'ai ouvert à l'hôpital le cadavre d'une jeune fille de 18 ans, Mosea N....., morte le jour précédent de phthisie pulmonaire aiguë. Les deux ovaires sont petits, très-blancs, sans trace de cicatrice extérieure, semblables à deux petites masses de stéarine, ainsi que ceux que l'on trouve chez les femmes mortes de fièvre puerpérale ou chez celles qui ont succombé à un âge avancé. Je ne pus voir les vésicules de l'ovaire gauche.

L'ovaire droit contient une seule vésicule dans son intérieur, égale en volume à celui d'une baie de myrthe; elle était pleine de sérosité, avec un résidu noirâtre de coagulation sanguine. Je cherchai attentivement s'il n'existait pas quelque communication avec l'extérieur ou quelque trace cicatricielle d'ancienne ouverture; sa flaccidité et la présence de ce coagulum déjà aminci par résorption me la firent regarder comme une vésicule avortée avant qu'elle ne fût encore parvenue à maturité. La jeune fille avait conservé les signes de la virginité, le col de l'utérus était gonflé, la muqueuse de la cavité utérine était rouge et dépouillée de son épithélium. Les trompes de Fallope, hypertrophiées, très-dures, noueuses, ressemblent par leur volume et leur consistance à l'intestin duodénum d'une poule; dans toute l'étendue de leur intérieur, elles contenaient une substance qui par sa consistance était semblable à la matière tuberculeuse qui n'est pas restée à l'état jaune. L'état de ces trompes aurait rendu cette fille stérile; elle l'eût été d'ailleurs, comme nous l'avons vu, par sa maladie.

Cette dernière conclusion est en effet le résultat d'un certain nombre d'observations que rapporte M. Bianco Giuseppe. La disparition et la flétrissure des vésicules de l'ovaire lui ont paru presque constantes quand la maladie avait duré quelque temps.

(1) Bianco Giuseppe (Le alterazioni d'ovaja) Da Fossano 1860, page 233.

Nous n'avons d'ailleurs pas besoin de rappeler que la cessation de la fonction menstruelle est un des signes ultimes les plus constants de la phthisie et témoigne bien de l'état de non-activité dans lequel sont tombés ces organes. Reste à faire la part dans ces faits de ceux qui ne sont que l'expression de l'état général et de ceux au contraire qui sont sous la dépendance directe de la tuberculisation de l'utérus ou de ses annexes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le tubercule peut se développer dans les organes génitaux de la femme de deux matières différentes. L'économie peut être envahie tout entière par une quantité innombrable de granulations grises qui se déposent dans l'utérus et ses annexes, de même que partout ailleurs; cette forme ne présente, au point de vue qui nous occupe, rien de spécial, et si nous en rapportons un fait tout à l'heure, c'est qu'il contient d'autres enseignements, c'est d'ailleurs la forme rare.

La forme commune, type, est toute différente. Le dépôt tuberculeux ne se fait plus dans la trame des tissus, mais à leur surface. En ouvrant la cavité utérine ou les conduits des trompes, on les voit recouverts dans toute leur surface par une couche plus ou moins épaisse de matière caséo-purulente qui semble étendue ainsi qu'un enduit artificiellement appliqué. Cette matière n'occupe que le corps de l'utérus et les trompes, il n'envahit généralement pas la cavité du col. Cette manière d'être n'est pas sans analogue dans d'autres organes; c'est celle que l'on observe dans certaines coxalgies (Crocq et Rokitansky), dans les abcès par congestion de la colonne vertébrale qui ont transformé le psoas en abcès tuberculeux, à la surface des fausses membranes qui tapissent certaines cavernes.

Rapports du produit tuberculeux avec les couches sous-jacentes. — Quels sont les rapports de cette couche avec la membrane sous-jacente? Généralement la muqueuse des trompes et la muqueuse utérine sont peu altérées, et avec le dos du scalpel on peut parfaitement enlever tout le dépôt morbide, dont la consistance varie d'ailleurs selon les cas. La muqueuse et les parois de la trompe sont épaissies, et encore n'est-ce pas constant. Les replis muqueux qui font saillie normalement à l'intérieur sont un peu augmentés de volume. Il y a une rougeur plus ou moins vive, mais aucune trace de tubercule dans le tissu lui-même. Dans l'utérus, le dépôt tuberculeux est ordinairement plus abondant sur la face postérieure et supérieure de l'organe que dans les autres points; il en est de même au niveau de l'orifice des trompes, surtout quand ces conduits sont atteints. La muqueuse de l'utérus est un peu villeuse, saillante, formant des espèces de lignes qui semblent rayonner de sa partie supérieure, sans que la surface soit exulcérée. Cette apparence, signalée par tous les auteurs, fait ordinairement comparer la muqueuse à une sorte de rayon de miel.

Dans ces cas, qui constituent la seule forme anatomique que nous ayions vue, le dépôt tuberculeux est donc exclusivement à la surface, le travail morbide n'a pas pénétré au delà. Il n'en est pas toujours ainsi. Quand M. Namias, de Venise, eut publié son premier travail de Christoforis (1), il l'attaqua vivement sur l'existence de ce mode de tuberculisation. Dans son second mémoire, M. Namias confirma ses premières recherches, mais il déclare qu'il a pu constater que la forme qu'il a décrite, bien que la plus fréquente, n'est pas la seule, et que le tissu lui-même peut

(1) De Cristoforis, di Milano Negli. *Annali universali di medicina*, t. 165, luglio 1858, p. 156. — Agosto et settembre 1858, p. 545.

être altéré. Il rapporte en effet l'observation suivante (1), remarquable parce que les deux formes se trouvaient réunies sur la même personne et ont pu être étudiées comparativement.

Obs. IV. — Une phthisique, guérie de manie, pour laquelle elle était entrée à l'hôpital des fous, vint à mourir dans la salle de médecine de cet hôpital. Les tubercules avaient envahi les poumons; ils étaient développés sous le péritoine pariétal, dans la rate, les ganglions bronchiques et mésaraïques, ainsi que dans la cavité de l'utérus, en le pressant il en sortait par son orifice vaginal. Cette matière existait dans les ovaires et les trompes de Fallope, déposée surtout entre les tuniques de ces derniers; en les coupant transversalement, il s'écoulait peu de matière tuberculeuse, quoiqu'elles fussent remarquables par leur grosseur; j'y distinguai avec le microscope beaucoup de granulations et quelques globules. *La membrane muqueuse des trompes était altérée dans sa texture et sa couleur, celle de l'utérus était naturelle*, une fois que l'on avait enlevé la matière tuberculeuse. Ce fait, où je trouvais le tubercule sous la surface de la membrane, n'exclut pas l'autre, où je le trouvais dans sa cavité : puisque ces deux formes existaient sur ce sujet, la matière tuberculeuse, ainsi que je l'ai indiqué, se trouvait sur la surface interne de l'utérus, sans ulcération de la muqueuse; dans les trompes, elle était infiltrée dans les parois.

Ainsi ces deux modes du dépôt sont parfaitement constatés. Dans le pavillon de la trompe on trouve souvent des granulations qui sont toujours en rapport de développement avec celles qui occupent le péritoine.

La seconde observation du mémoire de M. Reynaud est encore un bel exemple de ce mode du dépôt tuberculeux.

(1) Namias, extr. del vol. IX *delle Memorie dell' istituto stesso*, page 7

OBSERVATION V.

Phthisie pulmonaire, stomatite. Mort. — Épanchement considérable de sérosité dans les ventricules cérébraux. — Tubercules du poumon. — Affection tuberculeuse de l'utérus.

B..... (Jeanne), âgée de 45 ans, bordeuse, mère de sept enfants, accouchée la première fois à l'âge de 23 ans, et la dernière à celui de 43, fut admise à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Charles, n° 5, le 11 mai 1830.

Les règles avaient apparu pour la première fois à 14 ans et avaient coulé régulièrement jusqu'à 38. A cette époque elles cessèrent pendant une année environ pour reparaître après ce laps de temps, mais avec moins de régularité. Enfin, six mois avant l'entrée à l'hôpital, le dernier terme de la menstruation avait eu lieu.

Depuis la cessation des règles, aucun écoulement vaginal insolite n'avait été observé à aucune époque; la malade n'avait point été sujette aux flueurs blanches.

Son père était mort des suites d'une affection chirurgicale; mais sa mère, qui avait cessé de vivre à l'âge de 60 ans, avait toussé longtemps avant de mourir, et avait eu à plusieurs reprises des hémoptysies plus ou moins fortes. Elle au contraire n'avait jamais craché de sang en quantité notable. Jeune, elle n'était point sujette à s'enrhumer, mais depuis longtemps elle avait, disait-elle, la poitrine grasse.

Sept ou huit ans auparavant, elle avait fait une maladie dans laquelle elle avait mouché et craché beaucoup, en même temps qu'elle avait éprouvé de la douleur dans le dos, en bas des reins, et de l'oppression. Plus tard, trois ans avant l'entrée à l'hôpital, la même maladie avait reparu; il s'y était joint un dévoiement dont la durée fut de quatre mois. Le retour à la santé ne fut point complet. Il y avait trois ou quatre mois, lorsqu'elle fut soumise pour la première fois à notre observation, que l'amaigrissement avait fait de nouveaux progrès; il y en avait deux que le dévoiement avait reparu, que l'appétit était notablement diminué, tantôt nul, tantôt de beaucoup augmenté.

Voici quel était l'état de la malade le 12 mai :

Timbre de la voix un peu voilé : étouffements pour monter ; toux fréquente, particulièrement la nuit, parfois quinteuse, causant un sentiment de tiraillement au bas du sternum. Expectoration souvent difficile ; crachats muqueux.

Région sous-claviculaire gauche plus large, plus enfoncée que la droite, et en même temps plus sonore.

Région claviculaire droite rendant par la percussion un son plus obscur dans sa moitié externe que les mêmes points du côté gauche.

Région sous-claviculaire plus enfoncée à gauche qu'à droite, et en même temps moins sonore.

Gargouillement du côté droit.

Pouls fréquent. Chaque nuit et pendant le sommeil, sueurs abondantes sur le devant de la poitrine, les épaules, le haut des bras, moindres dans le dos.

Pesanteur de tête, engourdissement.

Langue humide, chargée d'un mucus blanc dans quelques points ; appétit bon, bouche bonne, plus d'altération. Nulle envie de vomir soit après avoir mangé, soit en toussant. Pas de coliques, cinq ou six selles très-liquides dans les vingt-quatre heures, hémorrhoïdes non fluentes.

Les jours suivants, les symptômes dont la malade se plaignait le plus étaient des étourdissements accompagnés de bouffées de chaleur au visage. Des sangsues furent appliquées à l'anus dans le but de les faire cesser ; elle dit en avoir éprouvé quelque soulagement.

Depuis cette époque jusqu'au 31 mai, je n'observai rien de remarquable. La toux conservait son même caractère, les crachats avaient le même aspect. Les selles variaient de fréquence, de 3 à 9, dans les vingt-quatre heures, accompagnées parfois d'épreintes. Par moments élancements dans la matrice, engourdissements dans les membres inférieurs, mais sans douleurs de tête ; légers frissons le soir, agitation la nuit ; mille idées bizarres, au dire de la malade, lui passaient par la tête.

Le 5 juin. Le muguet avait envahi la bouche, le pharynx, les joues, dépérissement rapide.

Les selles augmentèrent en nombre, 12 ou 15 en vingt-quatre heures.

La mort eut lieu le 19 juin.

Autopsie le 21.

Etat extérieur. Dernier degré du marasme.

Tête, cerveau. Infiltration sous-arachnoïdienne très-prononcée. Rien de remarquable dans la vascularité de l'organe. Substance cérébrale molle, d'un blanc peu resplendissant, plus humide qu'à l'ordinaire. On n'est point encore parvenu dans les ventricules qu'une fluctuation très-sensible se fait remarquer à travers leurs parois. En effet, une assez grande quantité de sérosité peu limpide, floconneuse, s'écoule de leur intérieur au moment où le scalpel y pénètre; on les trouve élargis d'une manière notable. La cloison interventriculaire est devenue un peu transparente, et les parois, particulièrement vers les parties les plus déclives, sont plus molles que de coutume; le reste de l'organe n'a rien offert de remarquable.

Fosses nasales. État sain.

Bouche. Muguet; la rougeur observée pendant la vie a presque disparu. La muqueuse ne se trouve ni amincie ni ramollie.

Pharynx. La partie postérieure et supérieure présente comme de larges lacunes ou éraillures de l'une desquelles sort un liquide purulent.

Le larynx et la trachée n'offrent rien de remarquable.

Thorax. La plèvre droite présente des traces d'inflammation, des fausses membranes molles, dans lesquelles se voient quelques ramuscules sanguins se portant d'un feuillet à l'autre. Une petite quantité de sérosité s'y trouve épanchée en arrière.

Le poumon de ce côté adhère intimement par son sommet aux points correspondants du thorax, et contient de nombreux tubercules et deux petites cavités tuberculeuses anciennes.

Du côté gauche, le poumon adhère intimement aux côtes. Il est creusé au sommet d'une large caverne tuberculeuse capable de recevoir un gros œuf. Une autre caverne existe très-près du bord postérieur.

Il n'existe point d'ulcération dans les bronches, qui s'ouvrent dans ces cavités, ni dans les autres.

Le cœur est plus volumineux que dans l'état normal. Ses cavités sont teintes en rouge. L'aorte présente aussi une couleur rouge à son intérieur.

Abdomen, péritoine. Une foule de granulations très-rondes, un peu grisâtres ou aplaties et jaunâtres, existent sur toute la surface du

péritoine. Quelques fausses membranes molles et jaunâtres existent épanchées dans plusieurs points de sa cavité.

Estomac. Il est disposé de manière que la partie postérieure du grand cul-de-sac est la plus déclive et seule en contact avec les liquides contenus. Il contient d'ailleurs une médiocre quantité de gaz.

La membrane muqueuse est blanche partout. Elle est ridée en long dans sa partie pylorique. Partout épaisseur et consistance normales.

Intestin grêle. Vers sa terminaison, quelques granulations sous-muqueuses d'une couleur jaunâtre. Pas d'ulcération.

Gros intestin. Sa surface interne couverte partout d'un mucus tout à fait semblable à du pus. Sa membrane muqueuse d'un blanc laiteux, parfois très molle, excepté sur les bords de quelques ulcérations qui existent vers son commencement. Ulcérations légères dans le reste. Çà et là coloration rosée. Tissu cellulaire sous-muqueux très-épaissi, surtout inférieurement, ainsi que la sous-séreuse. Calibre de l'intestin très-rétréci. Rate volumineuse.

Rien de remarquable dans les autres organes, à l'exception de l'utérus.

Utérus. Plus volumineux que dans l'état naturel ; sa surface extérieure est couverte de granulations comme le reste du péritoine.

Col de cet organe. Peu saillant dans le vagin, large comme un petit écu, enduit d'un mucus visqueux rougeâtre.

A droite de la lèvre postérieure se trouve appendue une petite tumeur de 4 lignes de long, pédiculée, très-vasculaire, creusée en poche à son centre, et contenant vers sa base un petit kyste rempli d'une humeur visqueuse, rougeâtre, et sur les parois duquel se ramifient de très-petits vaisseaux sanguins. Dans le reste de sa surface cette lèvre de l'utérus est lisse et cependant criblée d'une infinité de petites ouvertures conduisant dans autant de petits enfoncements ou cryptes renfermant un mucus de même couleur et de même consistance que celui qui enduit la surface du museau. La pression le fait suinter de tous ces orifices sous forme de petites gouttelettes.

La lèvre antérieure présente les mêmes particularités. Elle ressemble à la première, sauf dans sa coloration un peu plus rouge. Dans deux ou trois points, au lieu d'enfoncement à ouverture libre, existent comme des espèces de vésicules. Une ponction au moyen d'une aiguille donne issue à la même matière visqueuse rougeâtre, contenue dans les autres enfoncements. Ce mucus a une grande con-

sistance, il s'allonge en filaments quand on cherche à l'extraire des cavités qui le renferment.

Ouverture du col. Un grand nombre de saillies pédiculées, renflées et rouges à leur extrémité libre, y forment comme des espèces de végétations qui donnent au toucher la sensation d'une surface inégale. Des sillons plus ou moins profonds les séparent, et, se continuant sur la surface du museau, principalement en devant, y déterminent un état légèrement mamelonné.

Col proprement dit. Sa dureté est grande, il crie sous les ciseaux; ses parois, épaisses de 7 à 8 lignes, ont presque la dureté du cartilage. Le tissu en est très-serré, fibreux, d'un blanc mat, plus homogène au voisinage de la cavité du col que dans le reste, où une lame fibreuse laisse voir dans ses interstices un tissu d'un blanc plus grisâtre.

La surface de la cavité du col est blanche, sans injection notable. Une matière muqueuse, visqueuse, blanche, la recouvre.

Les saillies du *pecten veneris* sont très-marquées dans la partie antérieure du col; ce sont elles qui, allongées et saillantes à l'or fice, y déterminent les petites tumeurs dont nous avons parlé.

Corps de l'utérus. Sa hauteur est d'un peu plus d'un pouce et demi; son épaisseur, d'avant en arrière, de 16 lignes; sa longueur, d'un pouce et demi environ.

La texture serrée et la couleur blanche qui existent au col se font remarquer dans le corps de l'organe, mais seulement au voisinage de sa cavité. Les parties les plus externes de l'organe, dans l'étendue de 3 à 4 lignes, conservent seules la texture normale.

Une couche mucoso-tuberculeuse revêt l'intérieur de l'utérus; ses parois elles-mêmes, dans une très-faible épaisseur, paraissent envahies par l'altération. Cependant il est difficile de décider si cela est dû à une transformation du tissu de l'organe ou à la disposition sur sa surface d'une couche mince et très-ferme de matière tuberculeuse. D'ailleurs voici ce que l'on observe de dedans en dehors sur une coupe pratiquée : 1° une couche de matière tuberculeuse inégalement déposée que l'on enlève en grattant légèrement; 2° une surface inégale, comme papilleuse, de l'épaisseur d'une feuille de papier, d'un jaune de tubercule; 3° au-dessous, le tissus de l'utérus grisâtre, légèrement transparent. Plus loin il devient d'un blanc mat fibreux, et plus loin encore il reprend son aspect normal. De pe-

tits vaisseaux sanguins se ramifient à la surface de l'organe sous la couche déposée, et même dans quelques points de l'épaisseur de cette couche même.

Trompes utérines. — Elles forment de chaque côté deux gros cordons renflés et pleins formant chacun plusieurs contours, et retenus dans une position fixe par des adhérences celluleuses. Leur extrémité utérine est libre et a son calibre normal, mais bientôt elles se renflent, et au point que, mesurées dans le lieu de leur plus grande dimension, elles ont 1 pouce et demi (4 cent.) de circuit. L'une d'elles présente, dans sa portion comprise dans l'épaisseur de l'utérus, *deux points tuberculeux encore dans les parois* et faisant seulement saillie à sa surface interne. Plus loin, la cavité de *la trompe est remplie en totalité par de la matière tuberculeuse*, blanche, jaunâtre, plus humide, un peu élastique. Cette matière enlevée, on trouve au-dessous une couche de matière tuberculeuse comme combinée avec les parois elles-mêmes, qui sont rugueuses. Des espèces de brides, adhérentes par une de leurs extrémités aux parois, vont se perdre dans la masse tuberculeuse.

La même chose a lieu de l'autre côté. Les extrémités libres sont closes, adhèrent aux *ovaires qui se trouvent confondus avec elles et transformés en une espèce de kyste rempli aussi de matière tuberculeuse.*

Suivant M. Martel (1), « Dans les muqueuses, l'infiltration tuberculeuse peut se développer dans l'épaisseur du chrion muqueux. La muqueuse, puis les tissus sous-jacents, sont fortement épaissis par l'infiltration due à la prolifération des éléments conjonctifs et à la régression consécutive de la formation nouvelle. Toute vascularité disparaît, les couches superficielles tombent en détritus, tantôt sous forme de bouillie, tantôt de fausses membranes. Il peut se former aussi, comme je l'ai constaté dans une trompe, des foyers caséeux, isolés pour un temps de leur surface.

« Cette forme, ajoute M. Martel, est presque constante et prépondérante dans la tuberculisation des conduits mu-

(1) Thèse de Paris, 1863, page 24.

queux génito-urinaires... Elle établit une gradation insensible entre la granulation, hypergénèse simple, localisée en petits foyers, et l'inflammation destructive vulgaire. »

Nous pensons que M. Martel a peut-être un peu généralisé les cas qu'il a vus. Dans tous les cas, ses observations nous servent à justifier la seconde forme anatomo-pathologique.

Ainsi, deux formes anatomiques, l'une où la muqueuse paraît saine, l'autre où elle est envahie.

On a rapporté aussi quelques observations dans lesquelles des granulations miliaires avaient été trouvées dans les parois de l'utérus ou des trompes, en même temps que ce dépôt existait dans leurs cavités.

Ce n'est d'ailleurs pas seulement à la surface de l'utérus et de ses annexes que la matière tuberculeuse tend à se déposer, mais même dans les cavités péritonéales accidentelles limitées pas des fausses membranes. Les caractères de la sécrétion pathologique mucoso-purulente se modifient, et soit pas la confluence des tubercules, qui avaient envahi la surface péritonéale, soit par la nature même de l'inflammation, la production pathologique prend les caractères de cette variété de tubercule. (Voy. obs. de Siredey).

Nous rapportons comme exemple le cas suivant (obs. 6) :

Nous avons fait dessiner cet exemple, parce qu'il est des plus instructifs; la femme a succombé, peu après un accouchement, à une tuberculisation aiguë, ayant envahi un grand nombre de viscères. L'utérus, l'insertion du placenta, furent envahis par le dépôt granuleux; la trompe droite, dont on voit la coupe en D, présentait au contraire les conditions ordinaires du développement tuberculeux ; enfin l'abcès péritonéal, dont on voit l'ouverture en A et

l'extrémité gauche en B, contenait de la matière purulente en tout comparable à celle de la trompe.

OBSERVATION VI.

Tuberculisation aiguë générale. — Envahissement des organes génitaux et de l'insertion du placenta deux mois après l'accouchement. — Observation communiquée par M. Cornil, interne de M. Hérard, hôpital Lariboisière.

L..... (Céleste), fleuriste, 22 ans, entre dans le service de M. Hérard en mars 1864. Cette femme est accouchée quelques jours avant, à six mois de grossesse, d'un enfant qui n'a vécu qu'un jour. La malade porte au cou des cicatrices anciennes de scrofule. D'une assez bonne santé jusqu'à sa grossesse, elle ne se rétablit pas après son accouchement, et succombe, le 18 mai 1864, à une tuberculisation aiguë. Pendant son séjour dans les salles, on constate que les urines contiennent de l'albumine qui, peu abondante à l'entrée de la malade, augmente bientôt de quantité, à tel point que les urines laissent quelques jours avant la mort déposer un précipité considérable par l'addition de l'acide nitrique. Depuis son accouchement, la malade n'a pas eu ses règles.

Autopsie faite le 19 mai 1864.

La face est un peu bouffie, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané est assez épais; on voit sur la face, le cou et le genou gauche, audessous de la branche horizontale de la mâchoire, des cicatrices gaufrées irrégulières (écrouelles).

Le cœur et le péricarde sont sains.

Poumons. Nombreuses granulations pleurales. La plèvre gauche adhère à la surface pulmonaire. La totalité du pomon gauche est hépatisée. On y trouve des granulations, de la pneumonie catharrale rosée à la coupe, de la pneumonie caséeuse avec hépatisation et coloration grise ou jaunâtre. Il y a aussi quelques petites cavernes

A droite, pas d'adhérenees de la plèvre. Les altérations sont moins prononcées, bien qu'il existe presque partout de la pneumomie lobulaire, des granulations, et à l'extrémité inférieure du poumon de petites cavernes.

Foie assez gros; les lobules sont rouges, larges; la pér phérie des lobules est grise, formée par une bande mince; il n'y a pas de tubercules dans le parenchyme du foie, mais la surface en est couverte.

Le *péritoine* est partout couvert de granulations tuberculeuses, surtout sur l'intestin grêle, au voisinage du cæcum et dans le petit bassin. Il y a des adhérences du cæcum avec les anses de l'intestin grêle qui en sont voisines.

Les *reins* présentent les lésions de la néphrite catarrhale. La capsule se détache aisément. La surface est lisse. La consistance en est molle. La surfaee de la substance corticale est blanchâtre. Pas de granulations tuberculeuses. La surfaec de section montre la substance corticale peu épaisse, de couleur blanc grisâtre, opaque. Les glomérules ne sont pas injectés. L'examen microscopique montre les glomérules sains, les tubes contournés opaques à un faible grossissement, et remplis de cellules granuleuses qui s'éclaircissent par la soude. Mais l'addition de la soude ne dissout pas toutes les granulations, et il en reste un grand nombre de petites, atteignant de 1 à 1 et demi millième de millimètre, jaunâtres et réfringentes.

La *cavité du petit bassin* a presque disparu. Le bord supérieur de l'utérus est relié au rectum par un cul-de-sac à peine marqué. Toute la surface péritonéale est couverte de granulations tuberculeuses généralement agminées, que l'on voit sur la trompe et la surface de l'utérus en particulier. Du côté gauche, l'ovaire et la trompe sont bien séparés, tandis qu'à droite existe une tumeur recouverte par ce plancher péritonéal-recto-utérin, et on ne distingue à première vue que la trompe grosse, présentant de nombreuses sinuosités. Le pavillon de la trompe gauche préseute des granulations tuberculeuses.

Quaud on a enlevé tous les organes du petit bassin, on constate :

Que la vessie est saine,

Que le globe utérin a ses parois épaisses, qu'il a augmenté de volume ; il a une longueur de 8 cent. et demi.

A droite proémine dans le cul-de-sac vaginal une tumeur fluctuante qui donne issue à un demi-verre de pus crémeux. Cette poche sanguine est limitée en haut par le péritoine, qui s'étend de l'utérus au rectum ; sur les côtés, par les parois péritonéales du cul-de-sac

recto-vaginal. On le voit ouvert du côté droit en A, et il s'étend derrière l'utérus jusqu'en B. Au premier examen nous avions pensé, M. Cornil et moi, que cet abcès occupait le ligament large; mais dans un examen plus précis, examen dans lequel M. Bernutz voulut bien nous aider, il nous fut facile de constater que les adhérences péritonéales qui fermaient en haut le cul-de-sac utéro-rectal n'étaient pas assez intimes pour que, même sans scalpel et à l'aide de tractions exercées avec les doigts, il ne fût facile de le rompre et de pénétrer directement dans ce foyer, qui occupait manifestement le cul-de-sac péritonéal du petit bassin.

La muqueuse rectale est amincie, congestionnée au niveau de cet abcès péritonéal, et on voit une petite ulcération de la muqueuse arrondie de 3 à 4 millimètres de diamètre, mais il n'existe pas de perforation.

La paroi interne de la péritonite enkystée est blanchâtre, recouverte par une membrane opaque et molle. On voit en outre sur cette paroi des végétations et des fongosités de la grosseur du bout du doigt: elles sont blanchâtres à leur surface, et leur coupe présente des vaisseaux en grande quantité.

Vagin normal.

A la coupe, l'*utérus* présente son col petit mais congestionné; dans son corps on voit à la partie supéro-latérale gauche une sorte de champignon couvert de granulations blanchâtres ou jaunâtres; il a le volume d'une petite noix aplatie, il se continue avec le tissu musculaire utérin. Sur une coupe de ce bourgeon, dont la partie inférieure présente, au moins à l'œil nu, le vestige de villosités choriales, on a une substance fondamentale semi-transparente, grisâtre, sur laquelle tranchent des granulations miliaires blanches ou jaunâtres. Une coupe mince de cette surface de section montre au microscope la configuration et les éléments caractéristiques de la granulation tuberculeuse (cytoblastions, petits noyaux finement granuleux, etc.).

Sur la surface interne du corps on voit en outre, mais surtout au niveau de l'ouverture de la trompe droite, les mêmes granulations tuberculeuses.

Dans la trompe gauche on trouve un peu de mucosité purulente et quelques granulations tuberculeuses.

Dans la trompe droite, dilatée et sinueuse, on trouve la surface

interne tomenteuse ; elle contient dans sa cavité une substance semi-liquide, blanchâtre, caséeuse, qui n'est autre chose que des corpuscules de pus en dégénération graisseuse.

Rien dans les ovaires ; leur surface présente quelques granulations tuberculeuses.

Nous signalons dans cette observation le développement des tubercules dans l'insertion placentaire, l'envahissement simultané de la cavité de la trompe droite par le produit tuberculeux sous sa forme ordinaire en ce siége, cet abcès péritonéal.

M. Holmes Coote, à la suite d'une observation que nous reproduisons plus loin, cite plusieurs faits des Dr Ramsbotham et Clarke (1), comme des exemples de l'affection tuberculeuse.

Nous avons lu ces faits, et notre conviction est loin d'être établie à cet égard. On voit en effet que dans ces cas la muqueuse utérine était ulcérée dans presque toute son étendue. Les couches sous-jacentes étaient ramollies et amincies. La cavité était dilatée et remplie de caillots, de pus fétide de mauvaise nature, et de fragments de fibrine qui adhéraient avec une certaine ténacité à la paroi utérine. Suivant lui, il existerait trois faits semblables, un du Dr John Clarke, un de Coley de Bridgnorth et du Dr Gooch. Dans les faits des Dr Ramsbotham et Clarke, il y a même eu perforation utérine. Nous avouons que *cette affection utérine rare du Dr Ramsbotham* ne nous paraît pas être constituée par une production tuberculeuse ; c'est au moins la conviction que nous avons puisée dans la lecture de ces observations, auxquelles les auteurs ne donnent d'ailleurs pas cette interprétation.

(1) *Lancet*, vol. II, 1846, page 588.

Développement de l'utérus.

L'utérus ne reste pas indifférent au travail pathologique qui s'accomplit dans son intérieur. Généralement il s'hypertrophie, il prend un volume double ou triple de celui qu'il a dans son état normal. Suivant Paulzen, de Copenhague, on ne saurait admettre comme démontré l'envahissement tuberculeux du tissu fibreux de l'utérus dans la forme exsudative.

Seulement, à mesure que la lésion augmente, la cavité de l'utérus se dilate, les parois s'amincissent, en sorte qu'à une certaine période les parois de l'utérus sont si minces qu'il est difficile de déterminer dans quel tissu s'arrête la production morbide.

Ce développement de l'utérus a été moins fréquent et moins grand dans les faits que nous avons vus que dans ceux que nous allons rapporter. Il n'en a pas moins un intérêt anatomo-pathologique et un intérêt clinique, en ce sens qu'il peut servir au diagnostic, ainsi que nous le verrons plus loin.

La deuxième observation de Crocq nous fournit un exemple remarquable de ce développement utérin.

Obs. VII. — Une femme âgée de 75 ans toussait habituellement, sans cependant se plaindre et sans se soumettre à aucun traitement. En décembre 1859, elle succomba presque subitement. Elle présentait un gonflement considérable de toute la cuisse droite s'étendant de haut en bas et légèrement bosselé. Le gonflement était dû à des masses lipomateuses sous-musculaires. Les deux poumons renfermaient des masses tuberculeuses, et leurs sommets étaient occupés par des excavations ; le cœur présentait les caractères de la dégénérescence graisseuse.

L'*utérus* était volumineux, adhérent au rectum, à la paroi postérieure du bassin et aux ovaires. Il offrait une consistance mollasse,

et présentait sur le côté quelques bosselures analogues aux tumeur fibreuses. Il avait à peu près le volume du poing. En l'ouvrant, on en vit sortir une masse de matière mollasse, homogène, blanchâtre, caséiforme, semblable à du tubercule ramolli; il y en avait au moins une demi-tasse.

Le *col* était allongé, perméable, mais ne renfermait pas de traces de la matière sus mentionnée. Celle-ci était constituée par des granules moléculaires, des globules de graisse abondants, des cristaux de cholesterine, et des globules arrondis, granuleux, dépourvus de noyaux, pâlissant par l'action de l'acide acétique. Ces caractères étaient les mêmes que ceux présentés par les tubercules des poumons. C'était donc de la matière tuberculeuse ramollie que contenait l'utérus. Les parois étaient amincies par la dilatation ; la muqueuse était intacte partout et présentait une coloration rouge avec des arborisations vasculaires, et par place un piqueté rouge vif; il n'y avait nulle part destruction ni ulcération.

L'utérus était en outre le siége de plusieurs tumeurs fibreuses; sa cavité communiquait avec celle des trompes de Fallope, qui étaient volumineuses, sinueuses, dilatées et remplies de matière tuberculeuse à l' tat cru.

L'ovaire gauche offrait à son centre une masse tuberculeuse à l'état cru. La masse contenue dans les trompes était composée de granules moléculaires et de globules semblables à ceux de la matière contenue dans l'utérus. Il y avait fort peu de globules de graisse, et pas du tout de cristaux. La muqueuse des trompes était intacte comme celle de l'utérus.

Dans la première observation de Crocq, la cavité utérine et la cavité des trompes étaient également distendues par d'abondantes masses de matière tuberculeuse ramollie. Les parois utérines étaient parfaitement vierges de tout dépôt semblable ; la muqueuse intacte, mais boursouflée et injectée comme dans les inflammations. M. Crocq ajoute: « Il paraît donc que la muqueuse hyperémiée a versé dans la cavité utérine un exsudat qui s'y est transformé en matière tuberculeuse. Il est assez remarquable que le second

de ces cas se rapporte à une femme de 75 ans, ayant par conséquent dépassé depuis longtemps l'époque de la ménopause.

Dans un ouvrage intitulé *Mémoire sur l'état tuberculeux des organes génitaux de la femme avant la puberté, et sur quelques altérations pathologiques que l'on y rencontre à cette époque*, par M. L. Senn, de Genève, fait à l'hôpital des Enfants (service de M. Guersent), on trouve notée la même distension utérine (1).

Obs. VIII. — La première observation a pour sujet un enfant de 5 ans, qui succomba à une pneumonie tuberculeuse avec entérite chronique et carreau. « Je trouvai, dit M. Senn, l'utérus triplé de volume, la trompe de la grosseur d'une plume ordinaire et très-flexueuse, et les cavités de cet organe distendues par une matière jaunâtre, homogène, friable, tout à fait semblable en apparence à celle qui existait dans les ganglions bronchiques et mésentériques tuberculeux et en partie ramollis. En examinant les parois des trompes, je reconnus qu'elles étaient épaissies et comme infiltrées de la même matière ; que la membrane muqueuse qui les tapisse, ainsi que celle de l'utérus, présentait des rides très-saillantes, rougeâtres, fort injectées, et qu'elles se détachaient plus facilement que dans l'état naturel. Enfin, les ovaires eux-mêmes, qui à l'extérieur paraissaient sains, contenaient à l'intérieur une matière analogue à la précédente.

Obs. IX. — Dans le second cas, il s'agit d'une phthisique morte à l'âge de 9 ans, dont l'utérus fut trouvé distendu par une grande quantité de matière blanchâtre, moins consistante que dans le cas précédent, et assez analogue à de la bouillie.

La membrane muqueuse avait d'ailleurs les mêmes caractères, mais les trompes et les ovaires étaient sains.

Citons également le fait suivant, emprunté à M. Namias,

(1) *Archives générales de médecine*, 1re série, tome XXVII, année 1831, page 282. — Analyse de M. Blache.

ainsi que l'observation de M. Viallet, empruntée aux *Mémoires de la Société anatomique.*

Obs. X (1). — Chez une jeune scrofuleuse de 12 ans on trouva l'ovaire gros comme un œuf de pigeon ordinaire, contenant de la matière tuberculeuse.

L'état de la matrice n'était pas moins extraordinaire. Les parois avaient à peine la grosseur d'une ligne, elles étaient membraneuses, et la matière qu'elle renfermait dans sa cavité la rendaient égale à une poire de médiocre volume. Des tubercules crus et ramollis existaient dans les poumons, les glandes bronchiques et mésentériques.

OBSERVATION XI (2).

Péritonite tuberculeuse. — Matière tuberculeuse dans la cavité utérine. — Anasarque et anémie. — Empoisonnement par la digitale chez une femme de 79 ans. — Par M. Viallet, interne des hôpitaux (mai 1846).

Anne-Julienne R....., 79 ans, ancienne fileuse, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle Saint-Jean, n° 18, dans le service de M. Barth, remplacé par M. Fauvel, le 16 avril 1846. Elle était dans l'hospice depuis 1836.

Constitution faible, menstrues régulières, de 20 à 46 ans, santé altérée depuis vingt-trois ans, plus mauvaise depuis six semaines. Impossibilité d'avoir des renseignements précis sur ce qui s'est passé pendant ce temps-là.

A son entrée, profond abattement, indice probable d'une affection déjà ancienne, peau sèche et froide, jambes très-infiltrées, infiltration moindre des membres supérieurs, alternativement plus marquée de l'un ou de l'autre côté, suivant le décubitus. Cette infiltration date de huit jours. Épanchement peu abondant de liquide dans le péritoine. Pas d'œdème ailleurs qu'aux membres. Pouls faible, à 74. Rien de notable à l'auscultation. Rien actuellement du côté des garde-robes; mais il y a eu autrefois du dévoiement passager à

(1) Namias. 1er mémoire, page 3.
(2) *Bulletin de la Société anatomique*, 1846, page 89.

plusieurs reprises, avec de légères coliques. Mauvaises digestions depuis quelques semaines.

Le lendemain et le surlendemain, les jambes désenflent rapidement Le pouls reste petit, dépressible et se ralentit, ce qui coïncide avec une extrême sensibilité au froid. Selles modérément abondantes, liquides, séreuses, sans coliques. Langue humide, abdomen très-peu sensible à la pression.

Les jours suivants, l'infiltration gagne les cuisses et la partie postérieure du tronc. Appétit passable. Pas de dévoiement. Urines assez abondantes, denses, troubles, roussâtres, laissant déposer un mucus extrêmement abondant et une poussière grisâtre, en apparence saline. mais dont la nature n'est pas positivement déterminée. Pas d'albumine. Pas de douleur lombaire.

Quelques jours avant la mort, augmentation considérable de l'œdème des membres et des lombes, ainsi que de l'épanchement abdominal. L'appétit diminue. La faiblesse va croissant. Le pouls devient très-petit et très-lent. Pas de douleurs de ventre ni de dévoiement.

Le 14 mai, cette femme but par mégarde 20 à 25 grammes de teinture de scille et de digitale (P. U. E.). Elle expira tout à coup au bout de trois quarts d'heure, malgré des vomissements copieux provoqués un quart d'heure après l'accident.

Autopsie le 16 mai.

Cadavre infiltré dans toutes ses parties déclives.

Tête. Rien de notable.

Thorax. Quelques granulations tuberculeuses très-petites dans la partie supérieure des deux poumons.

Abdomen. Dans la cavité du péritoine on trouve près d'un litre de sérosité citrine. Cette membrane est grisâtre, dépolie, parsemée de plaques noirâtres. Sous le feuillet viscéral font saillie bon nombre de granulations évidemment tuberculeuses. Dans l'estomac, une cuillerée de liquide grisâtre n'offrant rien de particulier. Une couche épaisse de mucus récent tapisse la muqueuse, qui est pâle partout, excepté sur la grande courbure, où se voit un piqueté rouge-brun. L'intestin grêle est ramassé en un peloton peu volumineux par des brides cellulo-tuberculeuses. Les ganglions mésentériques et lombaires ne sont plus qu'une agglomération de tubercules crus, volumineux, comme dans le carreau des enfants. Muqueuse de l'intestin grêle partout pâle, non injectée. Dans son tiers inférieur seulement se voient de loin en

loin une douzaine d'ulcérations profondes, taillées à pic, à contours irréguliers, quelques-unes serpigineuses, d'autres ayant l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Rate et foie de volume ordinaire, mais très-mous.

Reins volumineux, lourds et déformés. Ils présentent le même aspect que dans la maladie de Bright parvenue à la période de ratatinement. Leur surface offre une coloration jaune-chamois uniformément piquetée de brun. Leur coupe paraît compacte, vitreuse. Substance tubuleuse très-brune, substance corticale d'un jaune pâle. Du bassinet et des calices, qui sont assez vivement injectés, on exprime une urine épaisse.

Utérus presque aussi volumineux que le poing d'un adulte, fluctuant, distendu par une matière floconneuse presque liquide au centre, granuleuse, et d'autant plus consistante qu'on se rapproche davantage de la paroi. Col oblitéré par une fausse membrane. De la paroi utérine un peu amincie, les couches externes sont pâles et denses, les internes sont brunes, très-injectées, beaucoup plus denses encore.

Ovaires cartilagineux à la surface. La *trompe* gauche ne présente rien de particulier; mais la *droite* a acquis le volume du doigt, distendue qu'elle est dans toute sa longueur, mais surtout vers son extrémité libre par une matière molle, jaunâtre, granuleuse, concrète, de même nature que celle renfermée dans l'utérus, avec la cavité duquel elle communique encore par un pertuis presque capillaire. Elle est oblitérée à l'origine du pavillon par un tissu résistant, d'apparence fibreuse. La partie postérieure de ce pavillon adhère intimement au péritoine du ligament large, et son extrémité externe recourbée à une anse intestinale. Un kyste séreux, gros comme une noisette, occupe la concavité de l'extrémité externe de la trompe.

La veine porte et les gros vaisseaux qui alimentent les membres inférieurs sont entièrement libres au milieu de ces masses tuberculeuses, de sorte que leur rapport avec celle-ci ne peut nullement expliquer l'ascite et l'œdème des membres pelviens accompagné d'ailleurs de celui des membres supérieurs, sans qu'il y ait amas de tubercules dans la poitrine.

Remarques. La péritonite chronique tuberculeuse, surtout avec pareille abondance de produit, est extrêmement

rare à la Salpêtrière, où le tubercule ne se montre guère plus qu'au sommet du poumon. Notons que ce dernier organe en présentait à peine des traces. L'absence de douleurs abdominales vives s'explique par l'âge de la malade, arrivée à une vieillesse où les douleurs sont obtuses. Pas de vomissements.

Les rapports de la matière tuberculeuse contenue dans l'utérus avec les parois du viscère vivement congestionnées dans leurs couches internes indiquent qu'elle a été sécrétée par ces derniers. Ce qu'on observe du côté de la trompe droite, ces traces d'inflammation vive, les adhérences du pavillon au ligament large et au paquet intestinal, montrent que la manifestation de la diathèse tuberculeuse dans l'utérus a été déterminée par une sorte de continuité de tissu établie préalablement entre la cavité utérine d'une part, l'intestin et le péritoine tuberculeux d'autre part. L'oblitération des orifices explique la distension de l'organe.

Quant à la maladie de Bright, l'auteur cite plusieurs faits dans lesquels il y a eu coexistence de tubercules et de maladie de Bright. Nous n'avons rien à ajouter aux réflexions précédentes que nous empruntons à M. Viallet.

Si le fait suivant était revêtu des caractères qui forcent l'évidence au lieu de fournir tant de prises à la critique, il serait certainement le plus remarquable de tous. Nous croyons devoir le reproduire pour attirer l'attention du côté de cette forme de la lésion tuberculeuse, ne nous dissimulant d'ailleurs aucune de ses défectuosités.

OBSERVATION XII (1).

Accumulation d'une quantité considérable de pus dans l'intérieur de l'utérus ; tubercules et rupture de l'utérus. — Extrait d'une observation en italien envoyée par le Dr Giovanni Guzzo, de Naples, décembre, 1846.

Giuseppa Pisciotta, mariée à Gennaro Mannara, de Naples, âgée d'environ 34 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, ayant la peau blanche et colorée, éprouvait, depuis l'époque de la puberté, des douleurs internes et des irrégularités menstruelles qui ne firent que s'accroître après le mariage, sans qu'il y ait eu grossesse.

Au mois de juin 1837, elle fut examinée par le Dr Guzzo, qui trouva l'utérus volumineux, saillant au-dessus du pubis, comme au cinquième mois d'une grossesse; cet organe était parfaitement régulier à sa surface, son l'exploration produisait un peu de douleur. Le col utérin était un peu tuméfié ; un chirurgien qui avait déjà vu la malade, avait cru à l'existence d'un squirrhe utérin. M. Guzzo ne fut pas de cet avis, car il manquait plusieurs des caractères du squirrhe, les inégalités de la surface, la dureté, les douleurs lancinantes, l'insensibilité à la pression. D'un autre côté, en tenant compte de l'ancienneté de la maladie et du tempérament de la malade, qui portait de nombreux ganglions développés dans les aines, les aisselles et au cou. M. Guzzo fut plutôt porté à diagnostiquer un engorgement scrofuleux du corps de l'utérus. Il prescrivit par suite les bains de mer, les eaux ferrées pour boisson, et lorsque l'automne serait venue, un traitement régulier avec l'iodure de fer, la décoction du bois indien et des pommades résolutives. La malade ne suivit pas cette prescription ; elle continua à éprouver de temps en temps de fortes mais partielles coliques utérines, pendant lesquelles s'allumait une fièvre qui durait plusieurs jours ; elle employait quelques émissions sanguines locales, de doux purgatifs huileux, les bains entiers et les bains de siége, et quelques vésicatoires locaux, lorsque l'irritation était dissipée, pour obtenir un peu de soulagement.

Vers la fin de juin 1838, la malade, qui s'attendait à mourir, ressentit de violentes coliques utérines; l'utérus avait augmenté de vo-

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1847, p. 33.

lume au point d'arriver jusque au-dessous de l'ombilic, et il étai resté régulier à sa surface, sauf qu'il s'échappait de la partie inférieure et droite un prolongement qui déterminait sur la paroi abdominale antérieure la formation d'une saillie du volume d'une demi-noix; il s'écoulait de temps en temps, à des époques irrégulières, un sang menstruel décoloré, mais non fétide, précédé et suivi d'un écoulementséreux bien plus abondant. Cependant la malade se rétablit peu à peu en partie, au point de pouvoir marcher médiocrement: elle mangeait de tout et digérait bien; elle avait repris son teint habituel.

Le Dr Guzzo revit, à la fin du mois de novembre la malade, qui ne voulut se soumettre à aucun traitement. L'utérus avait encore augmenté; il remplissait les flancs et la région ombilicale; il était d'une dureté moyenne, et on sentait dans son intérieur une fluctuation obscure. La malade resta dans cet état, s'occupant autant que possible de ses affaires domestiques, tandis que l'utérus augmentait graduellement et lentement. Il y avait parfois un peu de constipation qui cédait à des purgatifs.

Dans les journées des 28, 29 et 30 novembre 1841, la malade ressentit un embarras abdominal avec diminution d'appétit et constipation. Le 1er décembre survinrent des douleurs, et le 2, le Dr Guzzo trouva la malade dans l'état suivant : face tranquille, pouls petit, régulier, sans fréquence ni dureté; langue molle, à peine voilée au centre; pas de soif. L'utérus, développé et tendu comme la peau d'un tambour, occupait tout l'abdomen; son fond arrivait en contact avec l'appendice xyphoïde et les cartilages costaux; la tumeur, échappée de sa surface à droite et en bas, avait triplé, elle aussi, de volume; il était impossible, à cause de la tension de l'utérus, d'y sentir la moindre fluctuation. La malade se plaignait de douleurs, de pesanteur dans les flancs. Il y avait de la constipation depuis 4 à 5 jours. Une potion huileuse fut prescrite à prendre par cuillerées, et détermina des évacuations alvines d'abord légères, puis plus abondantes pendant la nuit, au grand soulagement de la malade, qui se trouva assez bien le lendemain matin pour qu'on pût lui prescrire du bouillon de poulet. La sensation du bien-être continuant, la malade put s'endormir; mais, à peine réveillée, elle commença à ressentir des douleurs très-aiguës dans tout le ventre; la physionomie s'était altérée la face était pâle, les lèvres étaient décolorées, la respiration courte fréquente; le pouls, petit, déprimé et rapide, bien en rapport avec

les mouvements du cœur; sueur froide au front, au cou et à la face interne des membres supérieurs, qui étaient froids, de même que les membres inférieurs; le ventre était chaud et extrêmement sensible; le corps de l'utérus cédait un peu sous la pression et s'était abaissé; les règles ne s'étaient pas montrées depuis quelque temps. M. Guzzo prescrivit 4 sangsues à la vulve et une mixture calmante à prendre par cuillerées toutes les demi-heures. Le soir, les douleurs et la sueur froide avaient un peu diminué. Vers le milieu de la nuit, la malade reposa un peu; mais, dans la matinée, elle fut prise de douleurs extrêmement vives, de sueurs froides abondantes, d'un refroidissement général du corps et de convulsions, au milieu desquelles elle expira. L'utérus avait diminué de volume et n'arrivait qu'à 1 pouce au-dessus de l'ombilic; il était redevenu fluctuant, ce qui fit présumer que la mort était due à une rupture de l'utérus.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappa des gaz fétides et une grande quantité de pus blanchâtre, peu dense, à cause de son mélange avec de la sérosité. L'utérus adhérait à la paroi antérieure de l'abdomen depuis le pubis jusqu'au-dessus de l'ombilic, et remplissait les régions iliaques, les flancs et une partie des hypochondres; son fond dépassait l'ombilic, et était recouvert par le grand épiploon, qui était coloré en rouge foncé, ainsi que la face antérieure de l'utérus. Pour enlever cet utérus, dans lequel on sentait une fluctuation manifeste, il fallait procéder de haut en bas, car, par les côtés, des adhérences solides et inextricables ne permettaient pas de le tenter. Or, en attirant en avant le fond de l'utérus avec une main, tandis que de l'autre on cherchait à le détacher des adhérences qui le fixaient dans le flanc gauche, on fit sortir un flot abondant d'un pus plus épais que le précédent qui provenait de l'intérieur de l'utérus. On introduisit le doigt dans l'ouverture de la face postérieure de l'utérus, par laquelle venait ce pus, et un bistouri boutonné put être conduit de cette ouverture au pubis, de manière à bien montrer l'intérieur de l'utérus. La cavité était remplie par une grande quantité de pus blanchâtre, presque inodore, analogue au pus des abcès phlegmoneux. En introduisant un doigt par le vagin, on put, en forçant un peu, le faire passer à travers l'ouverture du museau de tanche, et arriver dans le foyer de la cavité utérine, qui pouvait ainsi se vider au dehors. La surface interne de l'utérus était inégale, irrégulière, parsemée de formations hypertrophiques nouvelles, à formes variées, les unes en

forme de mamelons, les autres semblables aux colonnes charnues du cœur; d'autres, sortes d'excroissances fongueuses, de grandeurs variées, dont quelques-unes pourraient être comparées à des débris de placenta, toutes séparées par des sillons, des impressions, des rainures plus ou moins marquées, dans lesquelles le tissu utérin était évidemment exulcéré. Les parois utérines divisées étaient éparses et denses; dans certains points, elles contenaient des masses d'un volume variant depuis celui d'un noyau d'olive jusqu'à celui d'une grosse noix, qui étaient de vrais tubercules, les uns à l'état cru, les autres commençant à se ramollir, d'autres ramollis et convertis en foyers de matière purulente épaisse. Quelques-uns de ces abcès tuberculeux, très-voisins de la cavité utérine, étaient prêts à s'y ouvrir. Les fibres utérines étaient très-caractérisées; on aurait pu aisément en suivre la direction.

La tumeur, placée en avant et en bas de l'utérus, déjà signalée plus haut, fut reconnue être une tumeur encéphaloïde qui tendait à se ramollir et laissait écouler sous la pression cette matière ou humeur dite encéphaloïde. Il n'y avait là aucun des éléments de la substance utérine, la tumeur était formée par un tissu homogène et comme implantée dans les parois de l'utérus. Vis-à-vis la base de cette tumeur, le tissu utérin était plus consistant qu'ailleurs. La rapidité avec laquelle a dû être faite l'autopsie n'a pas permis d'examiner avec soin les trompes ni les ovaires. La masse intestinale avait été refoulée en haut par l'utérus. Les autres viscères abdominaux n'offraient rien de remarquable.

Nous n'ajouterons rien à cette observation. Qu'étaient ces tubercules, les uns crus, les autres ramollis et contenus dans les parois utérines? S'il est permis de croire à toute autre chose qu'à du tubercule, peut-on croire davantage à une dégénérescense cancéreuse qui aurait donné à l'utérus ce développement tout à fait insolite? Cette observation est un problème: n'étaient-ce pas plutôt des tumeurs fibreuses suppurées? Nous n'en savons rien, et nous ne la citons que parce que lorsqu'elle a été envoyée à la Société anatomique on l'enregistra sans réflexion sous le titre que lui avait

donné son auteur. Dans tous les cas, si c'est là du tubercule, ce développement utérin mériterait d'être étudié, ou du moins d'être mieux étudié dans de nouvelles observations.

Col de l'utérus. — Il est extrêmement rare que l'affection tuberculeuse envahisse la cavité du col ; nous n'en avons jamais vu d'exemple. L'orifice cervical interne sert de limite à la matière morbide. Généralement la muqueuse cervicale présente les signes d'un catarrhe chronique et contient du mucus glaireux. Dans le mémoire de Paulsen on trouve que dans un cas la moitié supérieure de la muqueuse du col était devenue tuberculeuse.

Dans l'observation 35 de Geil, la lésion s'étendait à travers l'orifice interne du col jusqu'à la portion vaginale et même jusqu'au fond du cul-de-sac postérieur du vagin.

Quant aux faits de Lisfranc ; nous nous expliquerons sur leur valeur à propos des symptômes. Nous renvoyons à ce moment l'étude des lésions tuberculeuses du vagin.

Péritoine et *trompes.* — Le péritoine est le véritable réactif de l'état pathologique des organes génitaux ; c'est par l'extension de l'affection à cette membrane que notre attention se trouve fixée sur ces organes. Distinguons de suite deux formes également anatomiques : le péritoine peut être le siége d'inflammations adhésives, séreuses et même purulentes, ou être envahi lui-même non plus par l'inflammation seule, mais par la tuberculisation.

Quand on ouvre l'abdomen d'une femme morte avec une tuberculisation d'un des organes du petit bassin, la première chose qui frappe les yeux, c'est la disparition des cavités anfractueuses, qui normalement se voient dans le bassin. Ce fait anatomique est si net que presque tous les auteurs l'ont noté dans leurs observations, que leurs pu-

blications aient précédé les travaux de M. Bernutz ou qu'elles les aient suivis. En parcourant les cahiers d'observations du Dr Aran que notre ami M. Siredey a bien voulu mettre à notre disposition, nous avons pu constater qu'il n'était pas d'autopsie où ces adhérences, ces abcès péritonéaux, ne fussent notés. Il suffit de lire également nos observations, empruntées à tant d'auteurs différents, et le tableau que nous avons placé à la fin de cet article, pour constater cette fréquence. Dans presque tous les cas, le péritoine est atteint : son immunité eût été difficile à comprendre. En contiguité et même en continuité avec les organes génitaux, il doit partager leur sort pathologique. Nous n'avons pas à décrire en détail l'anatomie pathologique de la pelvi-péritonite, nous ne pouvons que renvoyer à la Clinique de M. Bernutz (tome II), nous ne devons qu'indiquer ce qu'il y a ici de spécial. Dans la période d'état, rien ne distingue ces péritonites enkystées des autres variétés, si ce n'est leur tendance peut-être plus grande à se terminer par suppuration ; mais il est un fait sur lequel nous devons de suite attirer l'attention, parce qu'il nous sera d'un grand secours à propos du diagnostic. Ces inflammations, dont le caractère est d'être successif, à répétition, ont pour résultat la formation d'un grand nombre de brides et d'adhérences autour des organes génitaux, de gêner ainsi les fonctions des organes voisins, rectum et vessie, de transformer les annexes de l'utérus en des masses dans lesquelles la dissection la plus minutieuse ne suffit pas toujours pour rendre possible la distinction des organes les uns d'avec les autres. Mais ces adhérences et ces rapports accidentels des organes entre eux ne se font pas complétement au hasard, ou du moins il est quelques variétés qui se reproduisent avec une grande fréquence.

Il en est une que nos relevés d'observations nous permettent de regarder comme constituant la règle. La trompe, plus ou moins augmentée de volume, s'enroule autour de l'ovaire, que son ligament rétracté a généralement rapproché de l'utérus; alors ces deux organes sont près des cornes de l'utérus et sont soudés entre eux; mais ce n'est là, pour ainsi dire, qu'un temps; le plus souvent ils tombent de leur position dans le cul-de-sac utéro-rectal, où on les trouve appliqués sur les parties postérieures et latérales de l'utérus, au fond du cul-de-sac lui-même. Leur disposition rappelle alors un peu la position normale des vésicules séminales sur la vessie. Ce travail, dont on peut voir les degrés différents dans nos observations, est très-fréquent et importe d'être noté.

Nous citons à l'appui les deux observations suivantes de M. Pelvet, une de M. Négrié, une de M. Siredey et une de Mme Boivin. Nous rappellerons celles publiées plus loin de M. Holmes Coote, de M. Tyler Smith, etc. C'est un fait commun.

Obs. XIII. — M. Pelvet (1) fait voir *une tuberculisation des trompes utérines* observée chez une femme atteinte de phthisie pulmonaire aiguë et de péritonite tuberculeuse. Cette malade, âgée de 21 ans, était entrée, le 20 février 1863, dans le service de M. Lailler, à l'hôpital Saint-Louis. Jouissant d'une bonne santé habituelle, elle souffrait dans la poitrine, toussait, transpirait abondamment et perdait ses forces. Les règles avaient cessé de couler deux mois avant son entrée à l'hôpital. Depuis ce moment, elle se plaignait de douleurs dans le ventre. Vers le commencent de février, elle se sentit plus malade et se vit obligée de cesser son travail. Lorsqu'on l'amena à Saint-Louis, elle avait de la fièvre et éprouvait de violentes souffrances abdominales. Le ventre était un peu gros et douloureux à la pression; il y avait de l'inappétence et de la diarrhée. Au tou-

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1863, p. 235.

cher vaginal, on ne trouva rien d'anormal, sinon une antéflexion assez prononcée. A l'auscultation, on reconnut quelques râles ronflants et sibilants, et l'on soupçonna l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit. Au bout d'une semaine environ, les phénomènes observés du côté de la poitrine se prononcèrent davantage. La toux devint fréquente, l'expectoration plus abondante, le dépérissement fut rapide. En même temps, les douleurs du ventre diminuèrent et cessèrent presque complétement. Après trois mois de séjour à l'hôpital, elle mourut le 25 mai.

A l'autopsie, on a trouvé des lésions multiples et intéressantes, surtout dans les organes génitaux. Le cul-de-sac recto-utérin et le vésico-utérin avaient disparu par suite des adhérences qui unissaient ces deux organes à l'utérus. Au-dessus de ce dernier et de ses annexes, et sur les circonvolutions intestinales voisines, s'étalait le péritoine sous forme d'une membrane épaisse, d'un noir ardoisé, criblé de tubercules. De chaque côté de l'utérus, les trompes, augmentées de volume, décrivaient de nombreuses flexuosités. Elles étaient littéralement farcies de tubercules, lesquels, friables et jaunâtres, avaient un aspect caséeux. *Le pavillon des trompes s'épanouissait en arrière de l'utérus*, sous forme de crêtes, également infiltrées de matière tuberculeuse. Leur cavité était perméable dans tout leur trajet, et l'on pouvait y faire pénétrer une plume d'oie. L'utérus était normal, la tuberculisation n'avait pas franchi l'entrée des trompes dans l'utérus. Les ovaires avaient un volume bien moins considérable qu'à l'état normal. Les poumons présentaient quelques tubercules ; çà et là disséminés, et quelques noyaux de même nature également parsemés dans toute leur étendue. Le sommet du poumon droit était creusé par une perte de substance dont le volume égalait bien celui du poing.

Réflexions. Dans ce fait, la tuberculisation [des organes génitaux a suivi une marche parallèle à celle des poumons au lieu d'apparaître à titre de phénomène ultime. Au début même, quand la marche de la maladie est devenue aiguë, les symptômes abdominaux ont joué le rôle le plus important ; ils ont pu masquer ainsi, au moins pendant quelques jours, les éléments de diagnostic qui appar-

tenaient au système respiratoire et ont empêché d'attribuer de prime abord à l'affection pulmonaire toute la gravité qu'il fallait lui accorder.

Au point de vue anatomique, nous devons signaler ces flexuosités des trompes, avec épanouissement de leur pavillon en arrière de l'utérus. C'est pour ainsi dire le premier pas vers leur position normale dans cette affection. Notons aussi l'atrophie de l'ovaire.

Obs. XIV. — M. Pelvet (1) fait voir *une tuberculisation des organes génitaux*, observée chez une femme morte de méningite tuberculeuse.

La nommée C. O....., âgée de 25 ans, domestique, est entrée, le 22 mai 1863, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Lailler. Depuis six ou sept mois, elle était souffrante, perdait les forces, maigrissait et devenait d'un caractère sombre. Il y a deux mois, elle fut prise subitement, sans cause connue, de coliques extrêmement violentes qui durèrent six jours. Elle put alors se relever, mais elle resta depuis ce moment, se plaignant toujours du ventre et de la tête et perdant de plus en plus ses forces. Ses règles se supprimèrent depuis cette époque, et furent remplacées par un écoulement sanieux, de couleur jaunâtre. C'est à partir de ce moment également qu'elle commença à tousser. Pendant son séjour à l'hôpital, on constata, du côté des organes respiratoires, des signes attestant l'existence d'une caverne au sommet du poumon gauche.

Le 3 juin, elle fut prise de vomissements bilieux très-abondants, et tomba ensuite dans le coma. Elle se plaignait un peu du ventre, mais ses douleurs étaient vagues. Sa tête était très-douloureuse, et les moindres mouvements arrachaient des cris à la malade. Elle mourut le 13 juin.

A l'autopsie, on découvrit des granulations tuberculeuses dans les méninges, et des fausses membranes nombreuses avec de l'opacité de la pie-mère et du ramollissement inflammatoire. La voûte à trois piliers était complétement ramollie, ainsi que les corps striés. Les ventricules contenaient une grande quantité de liquide. Au sommet du poumon

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1863, page 285.

gauche, on trouvait une caverne. On a constaté aussi l'existence de quelques tubercules disséminés çà et là dans les deux poumons.

Les organes génitaux étaient le siége de lésions importantes. Les culs-de-sac anté et rétro-utérins avaient disparu, et étaient masqués par des fausses membranes et le péritoine enflammé, qui réunissait tous les organes pelviens.

Les *trompes* jusqu'à 5 ou 6 centimètres de leur orifice utérin, étaient saines et perméables; mais, à partir de ce point, elles se renflaient subitement en décrivant de nombreuses flexuosités *et en se dirigeant en arrière de l'utérus*. Considérablement distendues par de la matière tuberculeuse, elles présentaient un diamètre de 3 ou 4 centimètres. La matière qui les remplissait était jaunâtre, friable et se voyait facilement à travers les parois amincies; celle de gauche contournait l'S iliaque et passait en arrière de l'intestin. En ce point, elle était maintenue par des brides nombreuses étranglant l'S iliaque, qui conservait cependant un certain calibre. L'ovaire droit était comme atrophié; dans le gauche, on voyait un caillot jaunâtre, déjà ancien, qui remplaçait sa substance propre, dont on ne trouvait plus trace. L'utérus avait son volume normal. En l'ouvrant, on trouvait sa cavité remplie de matière caséeuse analogue à celle des trompes. Sur ses parois on distinguait, près de la muqueuse, mais dans le tissu même de l'utérus, quelques petits noyaux d'une matière analogue à celle des trompes et qui semblait être du tubercule. Le péritoine était d'un gris ardoisé et parsemé de petites granulations tuberculeuses.

Dans ce fait, il y avait dans la position des trompes un degré de plus que dans l'observation 13. La position qu'occupait la trompe gauche par rapport à l'S iliaque est un exemple des conséquences que peuvent entraîner les adhérences péritonéales. Dans ce cas, un étranglement complet semblait être dans les prévisions probables, si la malade eût vécu.

Notons aussi l'existence de granulations tuberculeuses dans l'utérus lui-même.

OBSERVATION XV.

Tuberculisation des ovaires. — Dilatation de la trompe droite. — Observation. — Par M. Négrié, interne des hôpitaux (1).

Une femme de 31 ans fut portée mourante dans le service de M. Bernutz, à la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 35. La période avancée de sa maladie ne permit pas de recueillir tous les renseignements nécessaires ; on apprit seulement qu'il y a sept ans elle fit une fausse couche et fut atteinte, à la suite de cette fausse couche, d'une péritonite assez grave. Depuis cette époque elle cessa d'être réglée. Elle toussait habituellement et elle cracha le sang à plusieurs reprises. Enfin, trois jours avant son entrée, elle fut frappée d'hémiplégie incomplète du côté droit, et présenta en même temps un peu de délire.

On put constater chez cette malade les signes d'une tuberculisation pulmonaire avancée. A droite on entendait des craquements humides ; à gauche il existait du gargouillement et du souffle caverneux. Le bras droit était paralysé ; il en était de même de la jambe du même côté ; à la face, la paralysie était contestable. En outre, le bras droit était le siége d'un œdème assez prononcé et douloureux, et l'on sentait, à sa partie interne, un cordon dur sur le trajet des vaisseaux. La malade mourut dans le milieu de la nuit qui suivit son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, faite quarante-huit heures après la mort, on constata des lésions nombreuses. Les membranes cérébrales n'étaient pas injectées ; à la base de la toile choroïdienne existait un tubercule du volume d'un pois, et ramolli à son centre. Les plexus choroïdes n'offraient point d'autre altération qu'une rougeur un peu plus marquée qu'à l'état normal. Le ventricule latéral droit était sain ; le gauche contenait une quantité assez considérable de sérosité sanguinolente, et avait évidemment augmenté de capacité. On ne trouvait rien d'anormal dans le cerveau, ni dans le cervelet. Le sommet du poumon droit était infiltré d'une grande quantité de tubercules ; dans le sommet du poumon gauche, on trouvait une énorme caverne.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1863, page 129.

Les lésions les plus intéressantes étaient situées dans le petit bassin. A côté d'un utérus normal, on trouvait *une trompe droite dilatée*, de la grosseur d'une forte plume d'oie, sinueuse, et par suite de cette disposition ressemblant à un intestin grêle réduit à un petit volume. Le *pavillon*, adhérant par son extrémité à l'ovaire correspondant, était très-dilaté et atteignait le volume d'un œuf de poule. Ses parois avaient une grande transparence et une couleur opaline. *La partie la plus dilatée, plongée dans le cul-de-sac recto-utérin*, adhérait assez intimement à la face postérieure de l'utérus ; cependant on parvenait sans beaucoup de peine à séparer les deux organes à l'aide d'une dissection attentive ; quelques adhérences fibreuses unissaient aussi le pavillon au rectum ; la paroi interne du kyste, constitué par cette dilatation tubaire, était blanche et lisse ; on apercevait au-dessous d'elle quelques petits vaisseaux. Le liquide renfermé dans la cavité, transparent et d'un jaune citrin, ne contenait ni sang altéré, ni filaments d'aucune sorte.

La trompe était oblitérée du côté de l'utérus comme à son extrémité abdominale.

On trouvait dans les ovaires des altérations non moins importantes. Dans celui du côté droit on voyait un gros tubercule jaune, ramolli à son centre ; celui du côté gauche était infiltré de matière tuberculeuse, et l'infiltration était située au milieu d'un tissu rouge lie de vin, à côté d'un petit kyste séreux de la grosseur d'une noisette. Ces altérations furent examinées au microscope ; toutes avaient pour base la granulation tuberculeuse.

Il me reste à dire un mot d'une particularité fort intéressante au point de vue du mode de formation du kyste tubaire ; je veux parler de ces adhérences nombreuses étendues du rectum à la face postérieure de l'utérus et aux organes voisins, ovaires et trompes. Ces faisceaux fibreux s'entre-croisaient en tous sens dans le cul-de-sac utéro-rectal.

OBSERVATION XVI.

(Observation de Mme Boivin, mémoire cité, obs. 1re, p. 3.)

Avortement à cinq mois de grossesse à la suite d'une application de sangsues nécessitée par une affection aiguë de poitrine. — Mort le dixième jour de l'invasion de l'affection pulmonaire aiguë. — Pelvi péritonite tuberculeuse. — Tubercules pulmonaires; collection purulente dans le grand lobe du poumon droit.

Mme K...., veuve, âgée de 27 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, de haute stature, d'un médiocre embonpoint, était accouchée pour la première fois à 21 ans, à l'aide du forceps, après un travail de soixante heures. Les suites de couches furent compliquées d'une péripneumonie qui retint la malade au lit pendant trois mois. Depuis elle eut deux autres couches à terme et heureuses.

Logée très-étroitement comme le sont la plupart des marchands en boutique de Paris, cette femme couchait dans une soupente très-étroite et entièrement privée d'air; ses repas n'étaient point réglés, en général sa nourriture était peu soignée, et depuis fort longtemps elle était sujette à la constipation.

Vers le milieu de février 1826, en sortant d'un bal, Mme K... fut prise d'un catarrhe aigu, accompagné d'une toux violente qui ne l'empêchait pas cependant de vaquer aux affaires de son petit négoce. Mais une douleur fixe, pongitive, dans le côté gauche et antérieur de la poitrine, détermina la malade à appeler les secours d'un médecin. Elle éprouva un peu de soulagement de l'application de 20 sangsues sur le point douloureux.

Des douleurs utérines qui s'étaient manifestées après l'application des sangsues amenèrent l'expulsion d'un embryon de cinq mois ainsi que de ses annexes.

Cette malade, qui vivait en femme mariée, ne put passer le temps de ses couches chez elle; elle fut transportée à la Maison royale de santé le troisième jour de son avortement et le cinquième de la péripneumonie. Malgré l'emploi de tous les antiphlogistiques possibles, cette femme succomba le septième jour de son avortement et le sixième de son entrée à la Maison de santé.

Autopsie. La tête n'a point été examinée. Plèvre adhérente de toutes parts; ces adhérences paraissent anciennes. Le grand lobe

du poumon droit contient un kyste du volume du poing, rempli de matière puriforme. Le lobe gauche est pour ainsi dire lardé de tubercules plus ou moins volumineux, dont plusieurs sont en suppuration.

Abdomen. Phlogose de l'estomac et des intestins. Le péritoine est généralement plus épais qu'à l'état sain. Épanchement d'une petite quantité de sérosité jaunâtre. *Les ligaments larges, les trompes, les ovaires, sont groupés et adhérents sur la face postérieure de l'utérus.* Ces adhérences étaient si intimes qu'on ne put les détruire qu'au moyen du scalpel. Dans l'épaisseur des tissus ainsi groupés, on remarquait de nouveaux tubercules depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois, plus ou moins solides, et analogues à ceux du côté gauche du poumon.

Nous n'avons ici qu'à faire remarquer avec quelle rapidité cette affection semble avoir parcouru ses périodes. Ajoutons que ces adhérences étaient anciennes, puisqu'elles étaient solides et qu'elles n'avaient point empêché cette femme de concevoir.

OBSERVATION XVII.

Tuberculisation des poumons, des plèvres, du péritoine et des annexes de l'utérus. — Obs. de M. Siredey (1).

H.... (Olympe), âgée de 36 ans, couturière, est entrée à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, n° 6, service de M. Aran, le 24 mai 1858, et est décédée le 28 juin 1858.

Constitution faible, détériorée, tempérament lymphatique. La mère de cette malade est morte d'un catarrhe pulmonaire. Quant à elle, sa santé a toujours été faible et délicate ; elle n'a cependant jamais eu de glandes, ni de gourmes, ni d'abcès scrofuleux. Elle a été réglée à 20 ans, régulièrement et sans flueurs blanches ; elle a eu huit enfants depuis l'âge de 25 ans, et le dernier il y a dix mois ; elle a nourri, malgré les conseils d'un médecin. Elle a conservé depuis son dernier accouchement des pertes blanches, accompagnées de douleurs assez vives dans les reins et le bas-ventre. Les

(1) Thèse de 1860. — *De la Fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines*, page 103.

règles n'ont pas reparu. Elle est plus malade depuis cinq semaines: fièvre presque continuelle, sensibilité à la pression dans la fosse iliaque droite; peau sudorale, vagin très-chaud; utérus fortement abaissé; le col est en avant et le corps en arrière; tous deux semblent volumineux. Orifice entr'ouvert, granuleux, irrégulier; renitence dans le cul-de-sac droit, sans tumeur évidente; constipation habituelle, mais diarrhée depuis cinq semaines. Le toucher rectal ne fait reconnaître qu'une masse diffuse englobant l'utérus, sans qu'on en puisse rien distinguer; il existe en outre des signes évidents d'une tuberculisation pulmonaire double très-avancée. Morte le 28 juin 1858.

Autopsie. Énormes cavernes aux deux sommets, avec tubercules disséminés dans le parenchyme pulmonaire et les plèvres. Rien d'anormal au cœur, foie gras, reins un peu graisseux, en voie de transformation granuleuse; péritonite tuberculeuse généralisée avec adhérences membraneuses.

Tous les organes pelviens sont soudés par des adhérences, et l'S iliaque est tombée dans la cavité du bassin où elle est fixée.

L'utérus est en rétroversion légère, le col dirigé à gauche, et le corps à droite; *les annexes sont placées en arrière et le long du bord supérieur de l'utérus,* qu'elles coiffent presque complètement dans sa moitié gauche; *la trompe est adhérente par son pavillon à la face postérieure de l'utérus*, au niveau de la réunion du col avec le corps.

En déchirant ces adhérences, on trouve qu'elles sont infiltrées de matière tuberculeuse jaunâtre, et la trompe se présente sous la forme d'un conduit gros comme le doigt, flexueux et sinueux, épais et résistant, injectée à la surface surtout près du pavillon, *elle est distendue par une matière tuberculeuse jaunâtre,* ressemblant à du fromage un peu mou; elle recouvre de ses sinuosités l'ovaire, qui a conservé son volume normal : celui-ci est criblé de cicatrices déprimées, et mesure 0^m,035 sur 0^m,015 de largeur, son parenchyme est pâle et les follicules sont peu nombreux.

Du côté droit, les annexes sont situées sur la partie latérale inférieure du corps de l'organe, perdues au milieu d'adhérences qui les recouvrent, au milieu desquelles la trompe se reconnaît, quoique moindre que celle du côté opposé. *Le pavillon est également adhérent à la réunion du col et du corps à la partie postérieure de l'utérus.* Les circonvolutions de la trompe sont encore bien plus serrées que celles du côté opposé, et renferment également de la matière tuberculeuse ramollie. *L'ovaire est en contact avec le plancher du*

bassin ; son tissu est mou, injecté, renferme très-peu de vésicules, et est entouré d'un grand nombre de vaisseaux dilatés. La vessie est épaissie et offre de nombreuses dilatations veineuses ; *de la matière tuberculeuse est déposée en assez grande quantité derrière l'utérus,* dans le cul-de-sac utéro-rectal, et empêche de reconnaître les ligaments de Douglas.

L'orifice du col est largement entr'ouvert, la lèvre antérieure plus volumineuse que la postérieure. Le col a subi un mouvement de torsion par lequel l'orifice se présente sous la forme d'une fente oblique, de droite à gauche et d'avant en arrière ; sa largeur est de 0m,030, son épaisseur de 0m,30, et l'orifice mesure 0m,024. D'avant en arrière, l'utérus mesure 0m,040. L'hypertrophie porte surtout sur la paroi postérieure qui est de 0m,024, tandis que l'antérieure n'est que de 0m,016 ; tissu utérin congestionné. *La muqueuse est recouverte d'une matière blanche semblable à celle qui remplit les trompes; elle forme une couche de* 0m,001 *dans toute la cavité du corps* et cesse brusquement au point où finit cette cavité, qui mesure 0m035 de haut en bas et qui paraît un peu dilatée dans les autres sens. Les orifices internes des trompes sont dilatés, mais non au point d'y faire passer un stylet. La cavité du col n'a que 0m,025 ; elle est parfaitement saine.

Cette observation de M. Siredey est une des plus belles que l'on puisse citer au point de vue anatomique. L'ovaire lui-même est appliqué sur le plancher du petit bassin. Le toucher rectal n'avait pas permis d'analyser les sensations perçues, et cela se comprend en lisant la description des étranges flexuosités qu'avaient subies les annexes de l'utérus. Cet état était d'ailleurs masqué par la présence de cette pelvi-péritonite, dans les fausses membranes de laquelle on trouvait même de ce produit tuberculeux.

Ainsi les annexes se trouvent habituellement placés en arrière de l'utérus et y sont accolés. Bien entendu, ce n'est pas un fait absolu, mais c'est le cas le plus commun, et la présence de ce signe aura une valeur positive dans la détermination du diagnostic.

De plus, sous l'influence de ces brides cellulaires et de

ces inflammations successives, la trompe se rétracte, son pavillon se rapproche de la corne utérine et l'intervalle du conduit décrit des courbures multiples. Ce fait est noté dans presque toutes les observations. Dans un fait de M. Pelvet, la trompe, cependant très-rétractée, oblitérée à son orifice abdominal, avait la forme d'une grosse sangsue toute droite ; elle était tombée tout entière dans le cul-de-sac utéro-rectal. En même temps que ces flexuosités se font, l'intérieur de la trompe malade se laisse distendre par la matière tuberculeuse, elle s'accumule par places formant une sorte de cordon moniliforme, dont les intervalles rétrécis sont limités par les brides péritonéales. Que la trompe alors soit accessible au doigt, et l'on pourra avoir par le toucher rectal une sensation analogue à celle que donnent les vésicules séminales distendues par la matière tuberculeuse.

La trompe, ainsi remplie de produit morbide, peut être libre dans ses orifices péritonéal et utérin; il en était ainsi dans plusieurs observations, notamment dans celle de M. Siredey. Dans ces cas, on peut, en comprimant la trompe, en faire sortir la matière tuberculeuse par l'un ou l'autre de ses orifices. Il n'en est pas toujours ainsi. Dans d'autres cas, toute communication a disparu entre le péritoine et le tube ovarien, la trompe forme un cul-de-sac et la matière s'accumule indéfiniment dans son intérieur. La disparition de l'orifice utérin est beaucoup plus rare.

Péritonite tuberculeuse.

Nous avons dit que l'altération du péritoine n'était pas toujours inflammatoire simple, mais que dans un certain nombre de cas le tubercule lui-même l'envahissait. Cet

envahissement peut même être primitif. Voici en effet ce que nous lisons dans le livre d'un des médecins qui, en France, ont le mieux étudié l'anatomie pathologique :

M. Cruveilhier dit (volume I, p. 455, en note) que « dans presque tous les cas de péritonite tuberculeuse, la muqueuse de la trompe présentait une infiltration tuberculeuse, » et il ajoute (volume IV, p. 677) que, quoique la coïncidence des tubercules pulmonaires et des tubercules péritonéaux ne soit pas rare, cependant l'indépendance des granulations et tubercules des membranes séreuses et des granulations et tubercules des poumons lui paraît un fait bien établi.

Pour lui, il peut donc y avoir une sorte de tuberculisation pelvienne indépendante de toute autre manifestation tuberculeuse. M. Cruveilhier ajoute :

« Je ne saurais abandonner l'important sujet de la péritonite tuberculeuse sans parler des connexions qui existent entre elle et la phthisie tuberculeuse. Ainsi j'ai vu bon nombre de phthisiques qui nous arrivaient avec un ventre volumineux, à peine douloureux, contenant une certaine quantité de liquide. Fondé sur l'état général aussi bien que sur l'état local, je diagnostiquais une péritonite tuberculeuse, péritonite qui tantôt dominait la maladie, tantôt était dominée par la phthisie pulmonaire, et à l'autopsie je trouvais le péritoine parsemé de granulations miliaires, de tuberculisations par plaques, et assez souvent il y avait complication d'hydropéritonite hémorrhagique. Le cas suivant peut servir de type pour les cas de ce genre.

Obs. XVIII. — Une femme âgée de 40 ans m'offrit à son entrée à l'hôpital le double caractère de la phthisie pulmonaire et de la péritonite tuberculeuse. La phthisie pulmonaire parut se ralentir dans sa marche, et la malade succomba, par l'abdomen, dans un grand état d'épuisement.

Ouverture. Sérosité sanguinolente dans la cavité péritonéale; surface de l'intestin, surface du péritoine pariétal couvertes, non de tubercules saillants, mais de tubercules aplatis, formés par des plaques blanches, solides, irrégulières, séparées par des intervalles rouges, bruns ou noirs, ce qui donnait à la surface du péritoine un aspect tigré.

Les intestins grêles étaient libres d'adhérences, excepté dans quelques points où les deux moitiés d'une même anse adhéraient entre elles. L'estomac était également libre d'adhérences; mais le foie, la rate, l'arc du côlon étaient très-adhérents aux parois abdominales. Les plaques tuberculeuses qui recouvraient le péritoine étaient constituées par une matière concrète; leur surface était lisse, aussi lisse qu'une membrane séreuse, et cet aspect lisse était dû à une membrane de nouvelle formation, très-mince, aussi transparente que le péritoine. J'ai déjà parlé de cette membrane de revêtement des tubercules péritonéaux, membrane que je considère comme une séreuse de nouvelle formation, et qui a été prise bien souvent pour le péritoine lui-même.

Le péritoine diaphragmatique était tapissé par une couche de matière tuberculeuse : des pseudo-membranes récentes occupaient la fosse iliaque droite.

J'ai voulu m'assurer si la cause de cette péritonite tuberculeuse existait dans les organes contenus dans le bassin. J'ai enlevé tous *ces organes qui étaient ensevelis dans la cavité pelvienne au milieu d'adhérences.* Les ovaires, volumineux, contenaient dans leur épaisseur des foyers de pus tuberculeux.

J'ai ouvert les trompes qui étaient tapissées, dans toute leur étendue, depuis leur pavillon jusqu'à leur extrémité utérine, par une couche tuberculeuse très-adhérente. Il en était de même de la cavité du corps de l'utérus que tapissait une couche tuberculeuse très-adhérente et comme infiltrée dans l'épaisseur de la muqueuse. La cavité du col utérin était au contraire parfaitement saine.

« Je me suis demandé quel rapport pouvait exister entre la péritonite tuberculeuse d'une part et l'inflammation tuberculeuse de l'ovaire, de la trompe et du corps de l'utérus d'une autre part : si c'était une simple coïncidence ou s'il y avait relation de cause à effet, et si la péritonite tuberculeuse était la conséquence ou la cause de l'inflammation tuberculeuse de l'ovaire et de la trompe. D'ailleurs, chez ce sujet, les poumons étaient médiocrement tuberculeux ; le sommet du poumon droit présentait des groupes de granulations distinctes juxtaposées qui se séparaient avec facilité ; le sommet du poumon gauche était plus gravement affecté ; les autres

parties de ce poumon présentaient de petites masses tuberculeuses disséminées au milieu d'un tissu sain.

« La coexistence de la tuberculisation péritonéale et de la tuberculisation de la muqueuse des trompes utérines est un fait qui m'avait frappé depuis longtemps. J'avais, en effet, constaté dans un certain nombre de cas, que l'infiltration tuberculeuse de la muqueuse tubaire, souvent limitée à la partie large de la trompe (environ les deux tiers externes), comme dans le fait rapporté plus haut, occupait non moins souvent toute sa longueur comme dans le fait précédent. Or, tandis que, dans le premier cas, la muqueuse utérine est parfaitement saine, dans le second, la matière tuberculeuse est constamment infiltrée dans l'épaisseur de la membrane muqueuse du corps de l'utérus; celle du col était saine dans tous les cas que j'ai observés. J'avais conclu de ce fait que ce n'était pas la tuberculisation de la trompe qui était le point de départ de la tuberculisation péritonéale, mais bien la tuberculisation péritonéale le point de départ de la tuberculisation tubaire. Or, cette même interprétation me paraît devoir s'appliquer aux cas de coïncidence de péritonite purulente et de phlegmasie purulente de la trompe utérine (phlegmasie purulente souvent bornée comme la phlegmasie tuberculeuse à la moitié ou aux deux tiers externes de la trompe), et je crois être en droit de conclure que, de même que la tuberculisation de la trompe est consécutive à la tuberculisation du péritoine, de même, au moins, dans un certain nombre de cas, l'inflammation purulente de la trompe est en quelque sorte une extension de la péritonite purulente.

« Telle n'est pas l'interprétation admise par M. le professeur Fœrster, de Wursbourg (1), qui admet que l'inflammation des trompes peut déterminer l'inflammation du péritoine par un triple mécanisme : 1° par la propagation directe du travail inflammatoire de l'ouverture de la trompe au péritoine environnant; 2° par la rupture après la formation du pus d'un point ulcéré de la paroi de la trompe et le passage du pus dans la cavité abdominale; 3° par la pénétration directe dans cette cavité, à travers l'orifice de la trompe, du pus formé dans cet organe.

« Suivant cet observateur distingué, le premier mécanisme présente toujours les caractères d'une péritonite circonscrite et se termine par des adhérences fibreuses, tandis que le deuxième mécanisme (péritonite par rupture de la trompe) serait très-rare.

Voici ce que dit M. Fœrster sur le troisième mécanisme : « Le

(1) *Union médicale*, 1er mars 1860.

premier auteur qui ait discuté la possibilité de ce mécanisme est M. Cruveilhier (1); mais il admet que le pus ne se forme point dans les trompes, et que cette même force aspiratrice ou attraction capillaire qui dans la conception aspire la semence par les trompes, aspire le pus dans la cavité de l'utérus pour le laisser tomber dans celle du péritoine. Depuis lors, Pellezari (2) a émis une opinion tout à fait semblable. »

Nous avons reproduit ces considérations bien que la fin s'applique à des objets étrangers à notre sujet, parce que cette idée d'un échange de produit morbide entre l'utérus et le péritoine, cette aspiration de la matière tuberculeuse par les trompes a été déjà imaginée et compte surtout des partisans parmi les professeurs italiens. Ils invoquent surtout à l'appui de leur opinion l'intégrité apparente des parois des trompes et de l'utérus, et tirent de ce fait cette conclusion, que le dépôt tuberculeux est en passage dans les organes et n'y est pas produit sur place. Nous lisons en effet dans le premier mémoire de M. Namias, page 2 :

« J'ai lu dans le courant de mai 1855, dans le *Bulletin des sciences médicales* de Bologne, que le professeur Brugnoli du musée pathologique de cette université avait trouvé un utérus, dans l'intérieur duquel se trouvaient des grumeaux tuberculeux descendus des tubes de Fallope qui en étaient distendus. Les poumons, les plèvres, les méninges et le péritoine étaient parsemés de granulations miliaires. Quant au mésentère il contenait une petite masse kystique dans laquelle était une matière un peu ramollie.

« Comment, continue le narrateur de ce fait, peut-se trouver dans l'utérus et ses appendices une telle matière ? Est-elle engendrée sur place comme par une production des séreuses ou du parenchyme, ou est-elle apportée du dehors ? Comme je me rappelle qu'aux muqueuses il n'est

(1) *Anat. path.* avec planches, liv. XIII, p. 35.
(2) *La Speriment*, n° 3, mayo 1850.

pas donné de sécréter des tubercules, je dois adopter la deuxième hypothèse. Mais comment sont établis, je me demande, les instruments apportant ce produit hétérologue dans l'intérieur de la matrice? Je ne crois pas facile de répondre à cette question; pourtant ne peut-il se faire que la trompe n'absorbe par ses franges dans le péritoine (comme l'ovule sur l'ovaire) quelques granulations tuberculeuses dont la séreuse était surchargée, quelques tumeurs de cette substance ramollie, enveloppées par ces fines enveloppes qui, en grand nombre, presque libres ou attachées par un fil long et grêle, étaient dans la cavité péritonéale? Quoique cette hypothèse ne soit pas susceptible d'une démonstration absolue, pourtant elle ne choque pas la raison, elle n'est pas en contradiction avec les fonctions de la trompe, je la regarde comme très-vraisemblable. D'autre part, je ne vois pas d'autre manière de rendre compte d'un tel phénomène. »

Cette opinion ne me paraît pas susceptible de supporter une critique sérieuse. D'abord, nous avons établi la nature de cette tubercullsation des muqueuses, puis l'utérus est quelquefois envahi sans que la trompe le soit. Qu'il me suffise de rapporter un fait que j'emprunte également au même mémoire de M. Namias, on en trouvera d'ailleurs de semblables dans le courant de cette thèse.

Obs. XIX. —Une couche très-mince de matière tuberculeuse tapissait la surface interne d'un utérus dont le volume était normal, sur le cadavre d'une dame dans les poumons de laquelle étaient des tubercules rares et durs, développés soit dans le tissu cellulaire sous-jacent au péritoine ou à la plèvre, distendus en couche mince ou réunis en masse de forme irrégulière de la dimension de petits pois à celle d'une cerise commune, forme rare dans le péritoine ou la cavité thoracique. La sécrétion viciée était évidente ici comme dans l'observation de Louis, la matière tuberculeuse était évidemment fournie par la muqueuse utérine, il était évident que

la trompe dans laquelle manquait toute trace de lésion ne l'avait pas absorbée dans le péritoine.

Rappelons enfin que la péritonite tuberculeuse se développe quelquefois sans que les organes génitaux soient atteints. Nous croyons inutile d'insister davantage, puisqu'il y a des faits de tuberculisation des trompes, sans tuberculisation du péritoine, et réciproquement.

Des ovaires. — Ce n'est pas sans surprise que l'on voit Rokitansky, qui a tant recueilli de faits d'anatomie pathologique, affirmer que à l'inverse du testicule l'ovaire n'est jamais le siége de la dégénérescence tuberculeuse. L'ovaire au contraire est un des siéges fréquents de la lésion tuberculeuse: on n'a qu'à parcourir les diverses observations et on verra cette lésion notée très-fréquemment.

Il est d'abord une variété, celle qui a pour siége la membrane d'enveloppe, qui n'est en cause ni dans la négation du professeur allemand, ni dans nos descriptions. Elle ne présente rien de remarquable.

Quand le tissu propre de l'ovaire est affecté, cet organe peut se présenter dans deux états différents, déterminés uniquement selon toute probabilité, par l'ancienneté de la lésion. Ou bien des masses dures font saillie à la surface ou se reconnaissent par leur consistance, c'est du tubercule cru, ou bien la dégénérescence a eu lieu au sein du tubercule, l'ovaire s'est enflammé et forme alors un abcès de volume variable. La tunique albuginée peut résister au travail de destruction, l'ovaire ressemble alors, suivant la comparaison de M. Namias, à une châtaigne dont il ne reste que la coque.

Nous citerons à l'appui de la première de ces deux formes l'observation suivante de M. Namias, l'observation 21 empruntée à M. Aran, et, comme exemple de la seconde,

les deux observations de Mme Boivin, une que nous empruntons à la thèse de M. Pillaud, une de M. Reynaud et deux de M. Pelvet.

Obs. XX (1). — Je trouvai les trompes intactes chez une malheureuse épileptique qui avait pendant sa vie souffert de maux de tête très-violents. Cette jeune fille n'avait pas perdu ses facultés intellectuelles, elle était morte lentement et dans le marasme. Durant la maladie, beaucoup de liquide s'accumula dans le péritoine, malgré l'usage interne des médicaments diurétiques. De très-gros tubercules, quelques-uns du volume d'une aveline, existaient au niveau de la substance cendrée, et de la partie médullaire de la convexité des hémisphères cérébraux. La substance cérébrale un peu plus molle que de coutume se montrait d'ailleurs normale. Il n'y avait aucune lésion de l'utérus et des trompes, le poumon contenait un peu de matière tuberculeuse, l'ovaire en contenait beaucoup qui, par une incision, se laissait évacuer par une très-faible pression.

Obs. XXI (2). — L..... (Julie), entrée salle Sainte-Thérèse, 8, le 28 octobre 1860. Morte le 22 décembre 1860.

Cette femme, âgée de 34 ans, lingère, présente une constitution médiocrement forte, un tempérament lymphatico-nerveux.

Réglée à 12 ans et demi, ses règles s'accompagnaient de douleurs qui précédaient l'écoulement de 2 jours et se continuaient pendant les deux premiers jours de la durée menstruelle. Ces douleurs siégeaient dans le bas-ventre et les reins. Les règles très-abondantes duraient 4 jours; plus tard elles devinrent moins abondantes et ne duraient plus que 2 jours.

Glandes sous le cou dans son enfance.

Rapports sexuels à 23 ans. Deux enfants, le dernier il y a 7 ou 8 ans. Huit mois après son dernier accouchement, douleurs dans le bas-ventre et les reins; depuis cette époque, retour de ces accidents, qui alors s'accompagnent de diarrhée. Ils paraissent avoir reparu 4 fois depuis 8 ans.

Cette femme dit être malade depuis deux ans; sa maladie aurait débuté par une hémoptysie très-abondante qui aurait duré 8 jours,

(1) Naumias, 1er mémoire, page 3.

(2) Observation empruntée aux cahiers du Dr Aran, grâce à l'obligeance de M. Siredey.

sans que la malade eût jamais toussé, ni qu'elle fût sujette à s'enrhumer. Nouvelle hémoptysie 4 mois après, moins abondante que la première, la malade tousse depuis la première hémoptysie. Mal de gorge depuis dix-huit mois avec un peu d'altération de la voix, qui a du reste beaucoup augmenté depuis un mois, à la suite d'un refroidissement. Amaigrissement depuis l'avant-dernier été, diarrhée depuis 3 mois, crampes nocturnes depuis un an ; perte d'appétit à plusieurs reprises, depuis longtemps, c'est à peine si la malade mange une once de pain par jour.

Palpitations de cœur depuis le début du rhume; pas d'accidents nerveux.

28 octobre. Amaigrissement, pâleur, crachats spumeux légèrement mêlés à des crachats muqueux ; expectoration très-abondante. P. 116. Pouls faible. Voix enrouée, 22 respirations ; respiration laryngée extrêmement rude sans gargouillement, bruit de souffle continu sur les parties latérales du cou, larynx très-résistant manquant de flexibilité, assez étendu transversalement, sensibilité à la pression dans l'espace compris entre l'os hyoïde et le larynx. Sonorité plutôt exagérée que diminuée au sommet droit en avant, un peu de matité avec résistance augmentée à gauche ; respiration embarrassée, craquements, expiration très-prolongée dans la moitié supérieure droite ; retentissement de la voix ; respiration très-faible, craquements secs sous la clavicule gauche ; bruit de souffle à la base du cœur ; diminution de la sonorité dans la fosse sous-épineuse gauche et augmentation de la résistance ; pas de diminution de la sonorité à droite.

Craquements humides, presque du gargouillement dans les fosses sus et sous-épineuse gauches ; nombreux craquements au sommet ; rougeur du pharynx ; quelques saillies folliculaires ; épaississement des replis aryténo-épiglottiques ; pas de gonflement du foie.

Ventre un peu ballonné ; utérus très-abaissé, col porté en arrière ; sécrétion vaginale très-abondante ; orifice entr'ouvert permettant l'entrée du doigt ; corps recourbé en avant en forme de corne.

Toucher rectal du côté droit, annexes réunies par des adhérences nombreuses et formant des indurations douloureuses au toucher ; utérus mobile. — Mort le 22 décembre.

Autopsie. Infiltration tuberculeuse et cavernes des poumons ; ulcération au niveau des cartilages aryténoïdes et sur les cordes vocales.

Intestins soudés en une seule et même masse par des adhérences filamenteuses, formant des espèces d'arrière-cavités remplies de

sérosité citrine, tubercules miliaires en quantité innombrable à la surface des intestins et de l'épiploon.

L'utérus est en antéversion complète, maintenu dans cette position par des adhérences des organes du petit bassin avec les anses intestinales; col largement entr'ouvert, ulcération qui semble pénétrer dans la lumière de l'orifice; un peu de mucus s'échappe de la cavité du col; la cavité est réduite à presque rien; le col mesure 3 centimètres dans sa cavité, celle du corps 2 centimètres; mucus concret à la face interne de la cavité interne de l'utérus; épaisseur énorme des parois utérines; longueur totale de l'utérus, 6 centimètres et demi. La trompe droite se dessine sous les adhérences sous forme d'un cordon très-épais et dur, elle présente la forme d'une espèce de serpent; elle est remplie d'une matière crémeuse semblable à du fromage; l'ovaire droit présente un caillot dans son intérieur, converti en une sorte de coque épaisse; tubercules dans son intérieur. Perdue également dans les adhérences la trompe gauche est remplie de matière tuberculeuse; elle aboutit à l'ovaire gauche qui est gros comme une noix, et rempli de matière tuberculeuse.

Dans les salles du professeur Duméril, conjointement avec M. Sestié son élève(1), Mme Boivin put voir le cas suivant :

Obs. XXII.—Mlle V. C..., âgée de 16 ans et demi, avait été fort mal nourrie dans sa première enfance, et en avait ressenti longtemps de fâcheux effets. Vers l'âge de la puberté, flueurs blanches abondantes, qui firent soupçonner des habitudes répréhensibles. Cependant, la menstruation marcha régulièrement de 12 à 15 ans et demi. En même temps survint une constipation habituelle, un développement du ventre que l'on attribua à des corsets trop serrés, et une douleur plus vive dans le côté droit de l'abdomen, qui fut aussi rapportée à la même cause. Plus tard, diarrhée, vomissements de matières verdâtres, métrorrhagie abondante après l'usage de quelques demi-bains chauds; fièvre continue, marasme complet. M. Duméril reconnut l'existence d'une phthisie mésentérique à laquelle cette jeune fille succomba bientôt.

Nécropsie.— Adhérences très-fortes des poumons avec la région

(1) Madame Boivin et Dugès, 1833. *Maladies de l'utérus et de ses annexes*, tome I, page 301.

dorsale des parois de la poitrine. Le sommet de ces deux organes est dur et farci de tubercules du volume d'un grain de chènevis, réunis en masse compacte. L'épiploon est converti en une masse granulée adhérente aux parois abdominales dont la séreuse est également hérissée de tubercules. Une vésicule hydatiforme est suspendue par un filet à l'intestin grêle; son volume est celui d'un œuf de pigeon. L'estomac paraît sain; le côlon ascendant est dilaté, à parois dures presque cartilagineuses; le pancréas très-rouge, les reins sans altération notable.

L'ovaire gauche offre les dimensions d'un petit œuf de poule; sa surface est inégale, sa consistance dure, sa substance formée de plusieurs lobes isolés, en kystes, de matière tuberculeuse blanche et facile à écraser. La trompe correspondante est saine; celle du côté opposé est tortueuse et bosselée. Trois tubercules enkystées et pisiformes causent ces bosselures. Les franges du pavillon ont disparu sous une masse de granules tuberculeux blancs et résistants. L'ovaire droit, oblong, mollasse, d'un bleu noirâtre, est rempli d'une substance muqueuse de même couleur.

L'utérus est rouge au dehors; au dedans, il est tapissé d'une matière blanche et granulée, toute semblable à celle de l'ovaire gauche et de la trompe droite. La couche qu'elle forme a une ligne d'épaisseur; elle semble divisée par des sillons, mais cela tient à son peu de consistance : en effet, on la racle aisément et on la réduit ainsi à l'état d'une humeur épaisse et semblable à du pus. La surface utérine, alors dénudée, se montre molle, spongieuse, imbibée de cette matière blanche. Le col de la matrice est mou, presque lisse intérieurement. Le vagin et les organes génitaux externes paraissent intacts et sans lésion. (Voy. Atlas, pl. XVI.)

Obs. XXIII (1)—La nommée S..., âgée de 21 ans, entra à la maison de santé au commencement de janvier 1832 pour la troisième fois; elle était alors atteinte d'une affection grave des poumons.

Cette fille, réglée à 11 ans, prostituée à 12 par ses parents, vécut bien portante, malgré plusieurs suppressions dans ses époques jusqu'à 18 ans, où elle entra une première fois à la maison de santé pour des douleurs d'estomac accompagnées de toux et d'aphonie.

Sa deuxième entrée fut déterminée par une inflammation des régions inférieures de l'abdomen, qui fut combattue par les saignées locales. Cette fois encore, les règles avaient retardé de plusieurs mois.

(1) Mme Boivin, *des Maladies de l'utérus*, tome II.

Sa troisième entrée fut déterminée aussi par une suppression des règles, accompagnée de toux et de vomissements de matières glaireuses. Pendant son séjour, elle eut plusieurs accès d'hystérie concomitant avec le développement progressif d'une tumeur rénitente au-dessus du pubis, ce qui fit supposer une grossesse commençante. Mais, après quatre mois de séjour, il s'opéra tout à coup, à plusieurs fois, dans les accès d'hystérie, *un écoulement abondant de sérosité par le vagin.* La malade devint mieux, et l'intumescence de l'utérus avait disparu. Les règles reparurent alors pendant quinze à dix-huit mois, tous les vingt-cinq à trente jours.

Sortie de la Maison de santé, elle y rentra une quatrième fois, amenée par de la toux et des crachements de sang, à la suite d'une fatigue. Les règles se supprimèrent de nouveau, *et il s'établit par le vagin un écoulement de matière, blanche d'abord, puis d'un vert pistache* et d'une consistance très-épaisse, qui fut suivi plus tard d'un grande perte de sang par la vulve, et dont la cessation fut amenée par le repos au lit ; son état se soutint alors pendant deux mois; mais, au mois de janvier 1832, indépendamment de la toux, de l'aphonie, de la fièvre et de la douleur dans le côté gauche du thorax, la malade se plaint encore de douleurs dans la matrice, d'élancements dans le rectum au-dessus de l'anus, d'une démangeaison insupportable sur les lèvres de la vulve.

L'examen fait reconnaître un état d'abaissement de l'utérus. Le museau de tanche est très-petit, sain, quoique douloureux au toucher. A travers la paroi gauche du vagin, on découvre une tumeur solide, assez volumineuse, qui répond au-dessus de l'anneau inguinal. La tumeur est fixée dans cette situation et paraît adhérente; on la présume appartenir à l'ovaire gauche, l'utérus jouissant d'un certain degré de mobilité.

La malade continue d'avoir de la diarrhée, de la fièvre et succomba le 4 mars suivant.

Autopsie. Poumons farcis de tubercules présentant de petites masses isolées, rapprochées les unes des autres, et à peu près toutes en suppuration ; il n'existait qu'une caverne au sommet du poumon gauche, elle pouvait contenir un œuf de poule; adhérences des plèvres avec les parois thoraciques. Quatre ou cinq petites ulcérations tuberculeuses dans la trachée et le larynx, épanchement de sérosité dans le péricarde, ulcérations tuberculeuses dans l'intestin grêle. Reste de l'abdomen normal, à l'exception des organes génitaux.

Organes génitaux. L'épiploon était descendu derrière l'utérus jusqu'au repli recto-vaginal, et adhérait dans toute l'étendue de la

surface de l'organe avec lequel il se trouvait en contact, ainsi qu'avec le rectum. Les trompes utérines étaient dilatées. A leur extrémité libre, oblitérées dans toute la longueur de leur cavité, les franges de leur pavillon effacées, sans qu'il en restât la moindre trace ; chacun de ces tubes entourait l'ovaire voisin, et y adhérait par le moyen de fausses membranes très-solides. L'ovaire gauche était du volume d'une petite orange, recouvert en partie par une large portion de fausse membrane et par la partie la plus grosse de la trompe qui y était intimement soudée ; *on y remarquait plusieurs tubercules à l'état de crudité*, et deux autres petites tumeurs membraneuses et transparentes. Cet ovaire sacciforme, rempli d'une matière purulente d'un jaune verdâtre, présente extérieurement quelques petits orifices qui s'ouvraient dans la fausse membrane dont il était recouvert, orifice momentanément fermé par une couche inorganique, concrète, qui tapissait l'intérieur du kyste. Cette couche jaunâtre, membraniforme, poreuse, s'enlevait facilement par le grattage. C'est en soulevant une petite portion de cette matière concrète qui bouchait l'un des orifices extérieurs que la matière contenue dans le kyste s'est écoulée en totalité. L'autre ovaire est enfoncé dans une masse de tissu membraneux ; coupé sur sa longueur, il présente un tissu rosé et quelques petits kystes oblongs remplis d'un liquide épais, d'un brun jaunâtre, semblable au bistre. L'utérus était de volume naturel, d'une consistance solide ; son fond était injecté à l'extérieur d'un réseau vasculaire très-rouge.

Cette observation mérite d'être signalée, d'abord à cause de cet abcès de l'ovaire prêt à s'ouvrir dans le péritoine, puis à cause de quelques symptômes assez rares, l'hémorrhagie et cet écoulement jaune vert-pistache. Nous la rappellerons à propos des symptômes.

Obs. XXIV (1) — P.... (Marie), âgée de 5 ans, d'un tempérament lymphatique, éprouvait depuis quelque temps de la tension et de la douleur dans la région abdominale avec diarrhée et fièvre. Admise à l'hôpital le 16 août 1817, elle fut prise d'agitation, de délire et tomba bientôt dans un assoupissement profond. On appliqua 8 sangsues derrière les oreilles, des sinapismes et un vésicatoire au

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, t. V, 1821 (citation de Pitaud, thèse de 1861.)

cou ; les accidents se dissipèrent, à l'exception de la diarrhée; mais vers le 26 du même mois, ils se reproduisirent de nouveau et furent suivis de mort.

Autopsie. Les *ovaires* étaient plus volumineux que dans l'état normal; ils contenaient chacun plusieurs tubercules, les uns à l'état de crudité, les autres à demi ramollis; le gauche avait contracté des adhérences avec le *rectum, dans l'intérieur duquel il s'ouvrait* par un orifice à bords irréguliers, et de la largeur d'une pièce de 50 cent. Autour de cette ulcération, la membrane muqueuse offrait u ne vive rougeur et était un peu ramollie.

Les poumons contenaient quelques tubercules; le cerveau et ses membranes, examinés avec le plus grand soin, ainsi que les autres organes, n'offraient aucune espèce d'altération. Le produit du ramollissement de la matière tuberculeuse était éliminé dans ce cas par le rectum, comme il l'est par les bronches dans la phthisie pulmonaire. Cet intestin offrait aux environs de l'ulcération une légère inflammation, à laquelle il faut sans doute attribuer la diarrhée et les coliques.

OBSERVATION XXV.

Pelvi-péritonite avec kyste purulent de l'ovaire. — Observation par M. le Dr Raynaud (1).

Eugènie V....., âgée de 18 ans, demoiselle de magasin, est entrée, le 16 avril 1863, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Jean, n° 21.

Cette jeune fille, très-lymphatique, jouissait habituellement d'une bonne santé. Réglée à 16 ans, mais d'une façon fort irrégulière, elle avait fréquemment de la leucorrhée. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise sans cause connue, de douleurs dans le bas-ventre, avec sensation de pesanteur et difficultés dans la marche. A ce moment elle n'était point à l'époque de ses règles, qui avaient fait leur apparition dix jours auparavant, et n'avait pas eu de rapports sexuels depuis un mois. Elle arriva à Saint-Louis avec de la décoloration des téguments et des symptômes de chloro-anémie très-prononcée, de l'abattement, des traits tirés, une soif vive, des nausées fréquentes sans vomissements, de la constipation, le ventre ballonné et très-sensible à la pression. A deux travers de

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1863, page 301.

doigt au-dessous de l'ombilic commençait une tumeur s'étendant jusqu'au pubis, régulièrement arrondie et plongeant dans le petit bassin. Le toucher vaginal faisait constater un effacement complet du col, dont on ne trouvait que l'orifice. Dans le cul-de-sac antérieur, comme dans le postérieur, on sentait un léger empâtement. Au toucher rectal on trouvait une saillie considérable de la tumeur dans la concavité du sacrum et surtout près de l'angle sacro-vertébral. Le pouls était à 80. On constata en outre un amaigrissement progressif et un peu de muguet. Des cataplasmes furent prescrits avec un collutoire boraté.

Le 3 mai, l'état était le même, mais il était survenu des frissons, indices d'une suppuration profonde. La tumeur n'avait pas diminué. On applique de larges vésicatoires sur le ventre sans aucun résultat. Les jours suivants on observa de nouveaux frissons. La malade se nourrissait à peine, elle s'amaigrissait de plus en plus. M. Hardy songea à pratiquer une ponction vaginale; mais, avant de se décider il demanda l'avis de M. Guérin. On était alors au 25 mai. Ce chirurgien, en explorant la tumeur par le rectum, reconnut à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sphincter d'Obéirne, un point où la fluctuation était très-manifeste, et, en pratiquant dans ce point un simple grattage avec l'ongle, il amena facilement une rupture de la tumeur. Il s'écoula par le rectum la valeur de 3 à 4 verres d'un pus clair et fétide, et le ventre s'affaissa immédiatement. Cette opération fut suivie d'un soulagement momentané, mais la fièvre se ralluma, et la malade finit par succomber dans le marasme le 30 mai.

A l'*autopsie*, les anses intestinales étaient parfaitement saines dans toute la partie supérieure de l'abdomen ; sur un plan passant exactement par les bords internes des muscles psoas il existait des adhérences étroites que l'on déchira avec peine et qui établissaient une délimitation très-nette entre l'excavation du bassin et le reste de la cavité abdominale. Dans cet espace on trouva, outre une quantité considérable de pus, une petite quantité de matières fécales qui paraissait avoir pénétré par une perforation trouvée sur l'une des anses intestinales réunies par des adhérences. Au-dessus de cette masse, on trouvait comme un second étage formant une cavité presque entièrement close et communiquant d'une part par un très-petit pertuis avec le kyste purulent dont il vient d'être question, et d'autre part par une ouverture un peu plus large avec le rectum. En disséquant cette poche, qui avait la grosseur du poing environ, et dont l'enveloppe, d'une inégale épaisseur dans les différents points de son étendue, présentait à sa surface interne une appa-

rence tomenteuse, on trouva que cette partie de la tumeur était constituée par l'ovaire du côté droit, qui, distendu par un liquide purulent, paraissait avoir basculé, en vertu de son propre poids, dans le cul-de-sac recto-utérin. C'est cette même poche qui, étroitement unie au rectum, avait été déchirée par le doigt du chirurgien et avait donné issue à un flot de pus.

En résumé, la tumeur pelvienne qui fait l'objet de cette observation était constituée par deux parties : 1° l'ovaire droit dilaté ; 2° un kyste adventice formé aux dépens du péritoine et devant vraisemblablement son existence à ce qu'une certaine quantité de pus avait fui de l'ovaire malade dans la cavité péritonéale, et là avait donné naissance à des adhérences consécutives. Le point de départ de la tumeur ovarienne est-il un kyste séreux ayant suppuré ? On doit admettre toutefois qu'une autre interprétation peut être proposée. L'ovaire gauche, qui présente un volume à peu près normal, contenait un peu de matière tuberculeuse, bien qu'il fallût garder la réserve sur ce point, l'examen microscopique n'ayant pu être fait : or le poumon gauche présentant au sommet un noyau tuberculeux gros comme une noisette, il est permis de supposer qu'un tubercule développé dans l'ovaire droit a été le point de départ d'un kyste purulent, lequel a donné lui-même naissance aux accidents consécutifs.

M. Trélat ajoute que, pour lui, le point de départ de la suppuration était l'ovaire, et que cette suppuration ovarique avait vraisemblablement été la cause d'adhérences péritonéales; puis ces adhérences s'étaient rompues, et une poche s'était formée au milieu d'elles, puis enfin le pus s'était écoulé à travers le rectum.

M. Besnier, d'autre part, a approuvé les réserves gardées par M. Raynaud relativement à la nature de l'altération ovarique. Les deux ovaires sont rarement le siége d'une suppuration semblable, à moins que cette suppuration ne soit de nature tuberculeuse, et dans le cas actuel l'ovaire gauche avait l'aspect d'un ovaire atteint de dégénérescence tuberculeuse.

OBSERVATION XXVI.

Tuberculisation des ovaires et des trompes. — Ouverture d'un kyste tuberculeux de l'ovaire dans l'intestin et le rectum. — Infiltration tuberculeuse des ganglions lombaires. — Oblitération de la veine iliaque gauche. — Psoïtis double (1).

T..... (Madeleine), âgée de 22 ans, cartonnière, entra dans

(1) Observation de M. Pelvet, service de M. Bernutz.

le service de M. Bernutz, à la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 2, le 15 avril 1864.

Cette malade a joui d'une bonne santé jusqu'à 20 ans. Sa mère est morte des suites d'une couche. Son père est très-vieux, et serait, suivant elle, atteint de gastrite. Ses frères et sœurs sont bien portants.

Pendant son enfance, elle était chétive. Elle a eu quelques glandes au cou, une d'elles a suppuré. Pas d'autre manifestation scrofuleuse. A l'âge de 11 ans, elle dit avoir eu une pleurésie du côté gauche ; elle serait restée six mois au lit.

Ses règles parurent à 13 ans; elles revinrent régulièrement, sans être accompagnées de leucorrhée. La santé de la malade resta bonne jusqu'à son mariage, qui eut lieu à 18 ans. Il en fut de même pendant les deux premières années. Elle n'eut, pendant ces deux années, ni couche ni fausse couche. Il y a trois ans qu'elle est à Paris, et c'est après un an de séjour qu'elle est tombée malade.

Elle eut à cette époque un point de côté dans le flanc droit; la douleur était augmentée par la marche et les efforts respiratoires. Ses règles retardèrent de quelques jours; elles coulèrent cependant ainsi que d'habitude et durèrent le temps ordinaire. Les douleurs cessèrent en même temps que les règles. Pendant trois semaines, elle ne souffrit plus. Après ce temps, elle retomba malade, son ventre commença à se développer, et sa face se couvrit de taches ressemblant au masque des femmes enceintes. Aucun autre signe de grossesse ne parut. Le ventre était le siége de douleurs très-vives revenant par accès et s'irradiant surtout dans les reins et la cuisse droite. La constipation était habituelle.

Vers le troisième mois à partir du début, elle fut prise tout à coup de diarrhée. Elle rendit à ce moment, dit elle, des eaux, des matières jaunes, des glaires, qui coulèrent à différentes reprises; elle ne peut à cet égard fournir d'autres renseignements. Pendant ce temps son ventre augmentait de volume, si bien qu'on lui disait qu'elle était enceinte. Elle ne le croyait pas à cause du retour régulier des règles. Celle-ci n'apportaient du reste aucune aggravation à ses douleurs de ventre, qui persistaient aussi vives.

Son ventre continua à grossir pendant cinq mois A ce moment il diminua et subit ensuite dans son volume des alternatives sensibles, surtout après les repas. Les règles se supprimèrent et n'ont plus reparu.

Cet état a duré jusqu'au commencement de l'hiver 1863. C'est alors que, pour sa diarrhée, qui était continuelle, et pour ses douleurs, elle alla consulter une sage-femme. Cette femme l'exa-

mina et constata la présence d'une tumeur déjà en partie vidée. Elle lui introduisit un instrument en fer dans le rectum, après avoir appliqué un spéculum, puis elle fit une ponction. Il s'écoula une grande quantité de matière et de liquide analogues aux précédents.

Depuis lors ses matières ont changé complétement d'aspect et sont devenues celles d'une diarrhée ordinaire. Son ventre s'est affaissé, et les douleurs ont beaucoup diminué. Toutefois elle a continué à perdre ses forces, et l'affaiblissement a fait de rapides progrès. Elle se présente aujourd'hui dans l'état suivant :

État actuel. Aspect cachectique. Amaigrissement considérable. Face terreuse, traits excavés. La coloration terreuse est disposée par plaques nettement limitées qui occupent surtout le front, le pourtour des yeux, les joues et le menton.

L'abdomen n'est pas très-développé ; il est cependant un peu tendu. Cette augmentation de volume est plus apparent, surtout à cause de la gracilité des membres inférieurs. Quelques veines sous-cutanées dans l'aine gauche se dessinent par leur coloration bleuâtre. Au palper, on ne peut rien constater de particulier dans toute l'étendue du ventre, si ce n'est peut-être un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite. Le ventre est sonore dans toute son étendue à la percussion.

La malade se plaint de douleurs dans le rein, le ventre et la jambe gauche.

Le toucher vaginal et le toucher rectal ne font constater aucune tumeur, aucune déviation de l'utérus. A l'examen de la poitrine, on trouve un peu d'obscurité du son et du murmure respiratoire aux deux sommets.

Les fonctions digestives sont troublées, anorexie, digestions pénibles ; diarrhée continuelle et abondante.

17 *avril.* Les veines du pli de l'aine gauche sont plus développées, un peu d'œdème à ce niveau.

18 *avril.* Les veines sont moins apparentes. Coloration violacée, ecchymotique, de la partie supérieure de la cuisse et de la partie inférieure de la paroi abdominale, au-dessus de l'aine gauche. L'œdè ne se prononce davantage; il a envahi la grande lèvre et la jambe gauche au niveau des malléoles.

20 *avril.* La coloration violacée diminue et passe au jaune. Œdème très-marqué de la grande lèvre et de la jambe. Les petites veines sous-cutanées se dessinent en violet autour du pli de l'aine.

23 *avril.* La malade souffre beaucoup de sa jambe. Elle est toujours couchée sur le côté droit. On sent un cordon dur à la

partie interne de la cuisse. Les mouvements de flexion sont possibles et ne déterminent pas une grande douleur. Rien d'appréciable par le palper abdominal ni par le toucher vaginal. L'état généra est mauvais. Pouls fébrile.

28 *avril*. L'œdème de la jambe gauche ne diminue pas. La coloration violacée jaunâtre persiste au pli de l'aine. Cordon dur à la partie interne de la cuisse. La malade ressent des douleurs assez vives dans la jambe. Elle s'affaiblit chaque jour. La diarrhée ne peut être arrêtée. Le toucher vaginal ne donne pas d'autres renseignements.

6 *mai*. La malade continue à s'affaiblir. La fièvre est continuel Elle meurt le 6 mai, sans présenter de nouveau symptôme.

Autopsie le 8 mai.

Cadavre assez bien conservé, sugillations des parties déclives surtout à gauche. Coloration verdâtre de la paroi abdominale, surtout à gauche. L'œdème a sensiblement diminué. Le toucher vaginal ne fait rien reconnaître de plus que pendant la vie.

L'abdomen est ouvert; on trouve une faible quantité de liquide séreux dans sa cavité. Les intestins sont ballonnés. Le péritoine a sa coloration normale. Il existe quelques adhérences blanches et solides, d'aspect nacré, entre l'épiploon et l'ombilic, ainsi qu'entre l'épiploon gastro-hépatique et le péritoine pariétal. Le petit bassin contient une quantité assez notable de sérosité louche, roussâtre.

Dans le petit bassin, on trouve la vessie notablement distendue. Le cul-de-sac vésico-utérin est à l'état normal. Il est pourtant un peu rétreci, et le péritoine y présente une teinte d'un gris noirâtre. L'utérus a son volume ordinaire, mais il a subi un déplacement. Une tumeur développée dans le ligament large droit a entraîné son bord droit en arrière, et a soulevé la corne utérine du même côté.

A gauche, le ligament rond est long de 7 centimètres; *la trompe, recourbée en arrière*, est dilatée. Peu après son insertion à l'utérus, elle présente un noyau dur, de la grosseur d'une noisette, qui se présente à la coupe sous l'aspect d'un tissu jaunâtre, friable, semblable à la matière tuberculeuse. Dans le reste de son étendue, ses parois sont hypertrophiées, et sa facein terne tapissée d'une matière blanchâtre, peu consistante, semi-liquide. Le pavillon de la trompe est fermé par des adhérences.

L'ovaire est converti en une poche noirâtre, dont l'intérieur vide offre des replis jaunâtres plus ou moins contournés.

Du côté droit. On voit dans le ligament large une tumeur du volume d'une orange environ, qui, en se développant, a soulevé les annexes de l'utérus et a entraîné ainsi sa déviation. Au devant d'elle passe le ligament rond, de 2 centimètres plus court que le gauche. Au-dessus se voit la trompe légèrement augmentée de volume. Comme celle du côté droit, elle présente à son origine un noyau d'induration en tout analogue au précédent. En essayant de la suivre sur la tumeur, on arrive à un point où elle se perd dans les parois, sans qu'il soit possible de l'en isoler par la dissection.

Si en arrière on cherche l'ovaire, on ne le trouve plus ; mais au-dessous de la trompe, il part du bord droit de l'utérus un petit cordon blanchâtre qui n'est autre chose que son ligament. Il se rend directement à la tumeur, et en ce point on peut remarquer que la paroi est blanchâtre et tout à fait semblable à la tunique albuginée, ce qui fait supposer que la tumeur est formée par l'ovaire.

Si on passe ensuite à l'examen de la tumeur, on voit qu'elle s'est développée dans la portion droite de l'excavation pelvienne, dont elle remplit presque la moitié. Elle a écarté les feuillets du ligament large et soulevé l'utérus en l'inclinant à gauche. A son côté externe, elle est en rapport avec les vaisseaux et les nerfs hypogastriques; ceux-ci lui sont immédiatement accolés et lui adhèrent fortement. Son côté interne répond au bord droit de l'utérus. La partie supérieure est recouverte par les intestins ; une anse d'intestin grêle, plusieurs fois repliée sur elle-même, lui adhère intimement au point précis où la trompe s'y perd. En arrière se voit l'S iliaque ; à partir du point où elle s'enfonce dans l'excavation, elle est accolée à la tumeur par sa face antérieure.

Après avoir ouvert ces différents organes, on voit que la portion d'intestin grêle qui adhère à la tumeur est formée par le dernier pied de cet intestin. Au point d'adhérence, elle présente une ouverture arrondie de 4 à 5 millimètres de diamètre, par laquelle elle communique avec l'intérieur de la tumeur. Dans le rectum, on trouve une vive injection de la muqueuse, qui est rouge et vascularisée. Elle présente en outre de nombreuses ulcérations à bords taillés à pic ; elles sont irrégulières et profondes. A 7 ou 8 centimètres de l'anus se voit sur la face antérieure un repli falciforme, à concavité dirigée en bas, qui semble résulter d'un plissement de la muqueuse. En introduisant un stylet dans le repli, il s'engage dans une petite ouverture qui en occupe le fond, chemine dans le tissu cellulaire qui sépare la face antérieure du rectum de la tumeur, et arrive dans celle-ci, ayant décrit un trajet pendant lequel il a

remonté de 4 ou 5 centimètres environ. A cette hauteur on voit dans le rectum une autre ouverture à bords déchiquetés, large, pouvant admettre facilement le petit doigt, et qui établit une communication directe entre la cavité du rectum et celle de la tumeur. On ouvre la tumeur; elle est absolument vide, elle ne contient ni liquide ni débris solide d'aucune espèce. Les parois sont épaisses, surtout en dehors, où elles répondent au tissu cellulaire du ligament large. Celui-ci est induré. Elles sont moins épaisses en avant et en arrière. On ne trouve aucune trace de l'ovaire ni du pavillon de la trompe. L'intérieur de la tumeur est tapissé de replis nombreux plusieurs fois contournés sur eux-mêmes, jaunâtres, tout à fait semblables à ceux qu'on remarque dans l'intérieur de l'ovaire gauche. Tout nous porte donc à penser qu'elle est constituée par l'ovaire et le pavillon de la trompe.

On ne remarque rien de particulier dans l'utérus, dont le tissu est sain et le volume normal.

Au devant de la colonne lombaire, on voit une tumeur assez volumineuse de 12 à 15 centimètres de long sur 5 de large. Elle est formée par les ganglions mésentériques. Elle est dure, et son tissu est résistant; elle présente à la coupe de nombreux noyaux tuberculeux, jaunâtres et friables, de consistance caséeuse, disséminés dans un stroma de tissu cellulaire induré.

Cette tumeur s'étend inférieurement jusqu'au confluent des veines iliaques et semble avoir comprimé le bord gauche de la veine cave qui lui adhère.

La veine iliaque droite est perméable. Mais, si on cherche le point d'embouchure de la veine iliaque gauche dans la veine cave, on ne parvient pas à le trouver. Les parois de cette veine, comprimées par la tumeur, sont accolées et soudées l'une à l'autre tellement qu'on ne peut retrouver l'orifice. Cette soudure s'étend sur une longueur de 4 à 5 centimètres. La veine est remplie, à partir de ce point, par un caillot fibrineux ou ramolli en divers points, et qui s'étend dans les veines saphène, fémorale et toutes les collatérales de la veine iliaque gauche.

Dans la gaine du psoas gauche, on trouve un abcès considérable développé à la face interne du muscle, il a détruit les insertions du psoas aux apophyses transverses. Il a dénudé ces apophyses qui sont devenues friables. Il en est de même dans la partie de la colonne vertébrale lombaire correspondante. En haut, l'abcès a fusé jusqu'à la dernière côte; en bas, il arrive sous la peau au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure.

A droite, on trouve un abcès analogue. De ce côté, il descend

jusque dans le petit bassin, séparé de la tumeur par la gaîne du psoas et le tissu cellulaire induré. Il arrive sous la peau dans l'échancrure sciatique.

Au niveau de ces abcès les disques intervertébraux sont en partie détruits.

Foie. Volume normal, mais atteint de dégénérescence graisseuse.

Rate parsemée de petits points jaunâtres qui lui donnent un aspect granité.

Poumons. Tubercules dans les deux sommets, à l'état miliaire pour la plupart; quelques-uns sont à l'état crétacé.

Cette observation est des plus remarquables : la longue absence de complication permet de fixer le début des accidents génitaux avec une grande facilité, l'ouverture de l'abcès par la sage-femme, et enfin cette oblitération de la veine iliaque gauche lui impriment un cachet tout particulier.

Faisons remarquer combien la lésion des poumons était peu avancée, car il est probable que les tubercules crétacés appartiennent à une autre époque pathologique; il semblerait possible de la ranger dans le cas de tuberculisation pelvienne primitive.

Obs. XXVII.—Hôpital de la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 10(1).

F....., âgée de 29 ans, lingère, entra dans le service de M. Bernutz le 21 mai 1864. Cette femme, bien que délicate, a joui d'une assez bonne santé jusqu'à ces derniers temps.

Les règles n'apparurent qu'à l'âge de 24 ans; mais, depuis l'âge de 13 ans, elle souffrait tous les mois, pendant huit jours, dans les reins et le ventre; elle perdait en blanc, avait des palpitations, ne digérait pas bien, avait tous les signes de la chlorose.

A l'apparition des règles, la santé s'améliora, et la plupart des phénomènes précédents disparurent. La menstruation n'était pourtant pas régulière : ainsi tous les mois le sang parais-

(1) Observation de M. Pelvet, service de M. Bernutz.

sait un jour, puis les règles s'arrêtaient pour reparaître huit jours après; elles duraient cette fois trois ou quatre jours. Cette irrégularité a continué depuis lors.

Il y a trois ans, cette femme devint enceinte, sa grossesse fut bonne et elle se rétablit sans accident. Dans le courant d'avril dernier, les règles s'arrêtèrent, et elle ressentit de vives douleurs dans le ventre. Des renseignements fournis par son amant il résulterait que cette femme se serait alors crue enceinte et aurait pris 40 gr. d'huile de ricin pour se faire avorter.

Quoi qu'il en soit, les règles ne revinrent pas, et depuis lors les douleurs ont été beaucoup plus vives; elles se sont irradiées dans les jambes et les reins. Les forces ont diminué graduellement jusqu'à l'entrée de la malade.

État actuel. Femme pâle, amaigrie, d'une faible constitution, présentant l'aspect d'une phthisique. A l'examen de la poitrine, obscurité du son sous les clavicules et dans les fosses sus-épineuses. Respiration rude et craquements aux deux sommets. Le ventre est tendu et douloureux à la pression. Par le palper, on sent une induration que l'on peut facilement circonscrire; elle occupe l'hypogastre, la fosse iliaque droite et remonte dans le flanc de ce côté. Il existe de la matité au niveau de cette induration. Le palper et la percussion y sont très-douloureux. Cette grosseur est également le siége de douleurs spontanées, caractérisées par des élancements et s'irradiant dans les reins.

Par le toucher vaginal on trouve le col fortement refoulé en avant. Il est appliqué contre le pubis. Derrière lui on sent une tumeur assez dure, bosselée. Elle fait saillie dans le cul-de-sac postérieur et se prolonge un peu à gauche.

État général mauvais, dépression profonde, peau chaude, pouls fréquent. Depuis trois jours, nausées et vomissements bilieux continuels.

Traitement. Pilules de belladone, 1 centigr. d'heure en heure; eau de Seltz; glace; cataplasmes.

23 mai. Les vomissements n'ont pas cessé; ils reviennent à chaque instant; constipation difficulté d'uriner; lavement.

27 mai. Les vomissements continuent toujours aussi abondants. Le ventre est encore tendu et très-douloureux. L'induration a baissé dans le flanc droit. Par le toucher, on trouve que le col s'est éloigné du pubis et que l'induration postérieure a remonté, de sorte que le col, qui occupait la partie antérieure du vagin, est maintenant dans son axe.

Traitement. Opium, une pilule de 0,01 d'heure en heure.

1er juin. L'opium n'a pas arrêté les vomissements, ils ont cependant un peu diminué. Le ventre est toujours douloureux; diarrhée. Il y a de la fièvre le soir et des sueurs. Petite toux sèche sans expectoration. — On supprime l'opium.

Le 5. On s'est aperçu que les garde-robes de la malade contenaient du pus. L'induration s'est réduite de beaucoup et n'occupe plus aujourd'hui que la fosse iliaque droite. La douleur à la pression est toujours vive quoique plus supportable. Les vomissements ont été arrêtés par une pilule d'opium de 5 centigr. La fièvre et les sueurs continuent, l'état général se déprime. Au toucher, on ne trouve plus de tumeur dans le cul-de-sac postérieur; le col est revenu tout à fait en arrière. — Même traitement.

Le 10. Même état. Plus de vomissements; des plaques de muguet se montrent sur la langue et la face interne des joues. La malade se plaint également de la gorge. Diarrhée et écoulement de pus par les selles; ventre très-sensible; prostration; fièvre, sueurs. — Eau de Vichy; bains alcalins au bicarbonate de soude; cautérisation pierre divine.

Le 15. La malade est de plus en plus faible. Le muguet se reproduit avec une facilité et une rapidité très-grandes. La diarrhée continue, mais n'est plus purulente. Les vomissement ont cessé; expectoration purulente; le ventre est tendu, mais l'induration est très-limitée. — Même traitement.

La malade meurt le 20 juin. Les derniers jours, elle se plaignait moins du ventre et semblait plus calme, ce qui tenait à son état de prostration.

Autopsie le 21 juin (temps chaud). — Cadavre bien conservé. Abdomen distendu. A l'ouverture de l'abdomen on trouve sa paroi antérieure unie par de nombreuses adhérences aux intestins. Un peu à droite de l'ombilic il existe une petite collection de pus caséeux entre la paroi et les intestins, n'ayant aucun point de communication avec d'autres foyers.

Les intestins sont soudés en une seule masse, qu'il est difficile de séparer, tant les adhérences sont solides. Le péritoine, qui les recouvre, est gris noirâtre et parsemé de petites granulations blanchâtres tuberculeuses.

Dans un espace qui comprend toute la portion située au-dessous de l'ombilic et qui remonte un peu à droite, les intestins et la paroi abdominale sont libres d'adhérences entre eux. Cette

partie, circonscrite exactement par des adhérences, forme une cavité baignée par un liquide purulent qui se prolonge dans le flanc droit et descend en bas dans le petit bassin.

Dans le prolongement que cette poche envoie dans le flanc droit, on remarque une ouverture arrondie, qui peut admettre le doigt ; elle conduit directement dans le côlon ascendant vers sa partie moyenne. L'intestin étant ouvert, on trouve la muqueuse injectée, gonflée et érodée en certains points, tout autour de l'ouverture, dans l'étendue de 1 décimètre environ.

Les organes du petit bassin étant enlevés, on les trouve dans l'état suivant :

L'*utérus* et le vagin sont sains.

La *trompe droite* est augmentée de volume et atteint la grosseur du pouce. *Elle est reployée derrière l'utérus.* Elle n'est pas flexueuse. Son ouverture péritonéale est oblitérée. Elle se termine par une extrémité arrondie, sur laquelle il n'y a plus trace de pavillon. Son intérieur est rempli d'une matière jaunâtre, caséeuse, friable, semblant être de la matière tuberculeuse. Ses parois sont hypertrophiées, mais saines.

L'*ovaire droit* est sain.

La *trompe gauche* est un peu hypertrophiée, mais sa cavité est libre et saine. A son point de naissance à l'utérus elle présente un petit renflement qui se trouve creusé dans le tissu même de l'utérus, et dont la cavité est remplie par une matière blanchâtre, semi-fluide, analogue à de la matière cérébrale ramollie. Par son extrémité externe, elle est soudée aux tissus voisins. Elle occupe sa place normale.

Au premier abord on ne trouve pas l'ovaire; mais, en arrière du ligament large, on voit, à la place qu'il occupe normalement, une membrane assez épaisse, résistante, flottant dans le cul-de-sac utéro-rectal, et reliée par sa base à l'angle postérieur de l'utérus, et par l'autre extrémité à l'S iliaque. Sa face interne est jaunâtre et couverte de replis contournés analogues aux valvules conniventes. Cette membrane est évidemment la tunique externe de l'ovaire, qui, convertie en kyste, a dû s'ouvrir dans le cul-de-sac utéro-rectal. On remarque à la face interne un petit orifice qui mène directement dans la trompe. Celle-ci s'ouvrait donc dans l'ovaire, auquel elle est soudée.

Tout le cul-de-sac utéro-rectal est couvert par un péritoine gris, jaunâtre, tapissé de fausses membranes et baigné de pus; ce cul-de-sac est traversé par de nombreuses brides celluleuses. C'est lui qui formait la partie inférieure de la cavité précé-

demment décrite. Il se prolonge à gauche plus bas qu'à l'ordinaire, et descend à 3 ou 4 centimètres de l'anus, entre le rectum et le vagin d'une part, et les vaisseaux et nerfs hypogastriques de l'autre.

Dans un point situé à 5 centimètres de l'anus, le rectum présente un amincissement notable de ses membranes, qui étaient sur le point de se perforer.

Enfin, en arrière de l'utérus, dans le cul-de-sac utéro-rectal, dans le point précis où le péritoine se réfléchit sur le col, on trouve du tissu cellulaire induré, formant une masse allongée et arrondie qui se continue de chaque côté avec le tissu cellulaire des ligaments larges, également induré. Au microscope, ce tissu présente des faisceaux de tissu conjonctif très-dense.

Cette série d'observations nous semble intéressante au point de vue de la terminaison de ces abcès de l'ovaire. Ainsi l'un était prêt à s'ouvrir dans le péritoine (obs. 23), les autres se sont ouverts dans le rectum (obs. 24, 25, 26 et 27).

Mais ces trois derniers ont ceci de particulier, que la cavité de l'ovaire s'était ouverte dans une loge péritonéale et que c'est par l'intermédiaire de cette loge que l'ouverture et l'évacuation du pus avaient eu lieu. Dans les deux dernières enfin ce n'était pas dans le rectum seul que l'abcès s'était vidé; mais dans l'obs. 26 il y avait également une perforation de l'intestin grêle, et dans l'obs. 27 une perforation du côlon ascendant. On voit que l'ouverture de ces abcès se fait habituellement par le rectum, mais sans qu'il y ait à cet égard d'autre raison que celle que fournit le voisinage le plus habituel de cet intestin avec les annexes tombées dans le cul-de-sac utéro-rectal.

Nous avons rapporté cette série d'observations pour faire suivre en quelque sorte le travail pathologique qui s'accomplit successivement sous l'influence de la lésion tuberculeuse. D'abord on trouve des tubercules crus de l'ovaire; ceux-ci suppurent et ne laissent subsister qu'une

coque membraneuse, la tunique albuginée, celle-ci enfin se rompt dans le péritoine, dans lequel heureusement des adhérences antérieures ont déterminé la formation de loges. Celles-ci suppurent à leur tour, et il se fait des ouvertures accidentelles dans les tuniques intestinales.

Le professeur Kussmaul (1) dit que chez la femme on n'observe pas comme chez l'homme la tendance des tubercules des organes génitaux à gagner du côté des voies urinaires. Sur 45 cas de tuberculisation des organes génitaux de la femme, Dittrich (2) n'a observé qu' un seul exemple de ce mode de propagation. Dans ce cas, l'urèthre était également le siége d'une vaste ulcération tuberculeuse : c'est peut-être le seul exemple d'une tuberculisation de l'urèthre chez la femme, tandis que celle de l'urèthre de l'homme n'est pas rare. La tuberculisation des voies urinaires, chez la femme, est presque toujours primitive ; chez l'homme, elle est plus souvent précédée de la tuberculisation des organes génitaux.

Cette remarque est vraie et constitue une notable différence dans la tuberculisation dans les deux sexes. Paulsen cite pourtant deux cas dans lesquels cette propagation avait eu lieu chez la femme ; une fois ce fut la vessie qui fut atteinte. Nous citons à propos de la tuberculisation du vagin un cas de M. Virchow, et dans le chapitre consacré à la tuberculisation primitive des organes génitaux un cas de M. Aran où le rein était tuberculeux. Dans le cas suivant les tubercules occupaient les reins sous deux formes, l'une de tubercule cru, l'autre de granulations tuberculeuses.

(1) *Archives générales de médecine*, mars 1863, page 341, par le professeur Kussmaul, d'Erlangen.

(2) Geil, ueber die tuberculose der Weibl. Genitalien, Erlangen, 1861

OBSERVATION XXVIII (1).

Méningite tuberculeuse; tubercules dans les reins, l'utérus, etc — Par M. Jules Godard, externe à l'Hôtel-Dieu. (16 avril 1847.)

Le 5 avril 1847, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Louis, salle Saint-Landry, n° 10, la nommée D....., femme C....., satineuse, âgée de 23 ans.

Suivent les détails de l'observation qui se rapportent exclusivement à la méningite qui a enlevé la malade, excepté dans les antécédents où l'on trouve que cette femme est malade depuis trois ans, époque à laquelle elle perdit son mari, les règles déjà irrégulières depuis quelque temps se supprimèrent tout à fait et furent remplacées par un écoulement blanc qui persista jusqu'à sa mort, arrivée le 11 avril 1847.

A l'autopsie, on trouva les lésions caractéristiques de la méningite tuberculeuse avec quelques tumeurs, que l'examen microscopique fait par M. Robin, fit regarder comme tuberculeuses.

Poitrine. Les poumons adhèrent à la plèvre costale dans toute leur étendue. Les lobes supérieurs, surtout celui du côté gauche, présentent un grand nombre de granulations grises et des tubercules miliaires, dont quelques-uns ramollis. Dans les autres lobes, on voit encore des granulations grises, mais plus rares. Les ganglions bronchiques sont complétement tuberculeux. Le cœur ne présente rien de remarquable.

Abdomen. L'épiploon est très-adhérent aux parois abdominales. Il n'y a pas d'adhérences entre les circonvolutions intestinales: pas de liquide ni de tubercules dans le péritoine.

L'intestin grêle présente, en deux ou trois points, de petites granulations aplaties, situées sous le péritoine; la muqueuse est ulcérée à leur niveau. On rencontre deux larges ulcérations tuberculeuses dans le gros intestin, l'une dans le côlon transverse, l'autre dans l'S iliaque. Le foie est rouge, consistant, ne graisse pas le scapel. Le pancréas est sain, la rate ne présente rien de remarquable, si ce n'est l'existence d'une petite rate supplémentaire, arrondie, aplatie, ayant 2 centimètres de diamètre. Les reins ont leur volume et leur forme normaux, ils sont un peu mous. Le rein gauche présente dans son épaisseur, à la partie moyenne et dans la substance

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1847, page 221.

corticale, un tubercule cru du volume d'une petite noisette. Une granulation tuberculeuse, grosse comme un grain de chènevis, existe à la base de l'un des cônes de la substance tubuleuse.

Le rein droit renferme également dans son épaisseur deux granulations semblables à la précédente et situées dans la substance corticale près du bord convexe.

Le vagin est sain.

L'utérus a tout à fait son volume normal.

Hauteur de l'utérus. . . 7 cent.
dont. . . 3 cent. pour le col.

Largeur au niveau des trompes. . . 4 cent.
au niveau du col. . . 2 cent. 1/2.

Parois. . . 14 mill. à la partie moyenne du corps.
8 mill. au col.

La surface extérieure est lisse, l'orifice du col est étroit, arrondi, et recevrait une plume de corbeau ; son tissu est assez mou, rouge lie de vin.

La cavité du col est tapissée d'une couche de matière jaune verdâtre, crémeuse, qui se continue dans la cavité du corps, où elle représente une masse de la grosseur d'une amande à peu près et se prolonge dans les cavités infundibuliformes.

Les trompes sont remplies d'une matière semblable, mais plus consistante.

L'ovaire droit en contient également dans son épaisseur.

L'ovaire gauche est sain.

Cette matière a tous les caractères extérieurs du tubercule, et l'ayant examinée au microscope avec mon ami L. Corvisart, nous y avons trouvé les cellules caractéristiques du tubercule.

Ganglions lymphatiques. — Rokitansky avait pensé que les ganglions lymphatiques devaient être fréquemment affectés. Il n'en serait rien si on s'en tenait aux notions fournies par les auteurs qui se sont occupés de la tuberculisation génitale, mais dans les observations plus détaillées on trouve au contraire fréquemment notée cette dégénérescence.

FRÉQUENCE RELATIVE DES DIVERSES LÉSIONS.

Nous ne pouvons, on le concevra sans peine, donner ici qu'une vue plus ou moins approximative de la fréquence des diverses lésions qui caractérisent cette affection. L'absence de détails et de précision, dans un grand nombre d'observations, ne nous permet d'indiquer que les rapports suivants que nous avons cherché à rendre aussi exacts que possible.

Sur 45 cas où les lésions se trouvent relatées suffisamment, en passant les différents organes en revue, on voit que :

L'utérus seul était pris	4 fois.
L'utérus et les trompes, ensemble,	8 —
L'utérus, les trompes et les ovaires,	5 —
L'utérus, le col, les trompes et les ovaires,	1 —
L'utérus et l'ovaire,	3 —
L'utérus et le col,	1 —
L'utérus, les trompes et le vagin,	1 —
Les trompes étaient seules tuberculeuses,	8 —
Les trompes et les ovaires,	7 —
L'ovaire seul,	4 —
Le col et le vagin,	1 —
Le vagin seul,	2 —

Le péritoine, que nous considérons comme une dépendance de ces organes, était tuberculeux 22 fois. Dans presque tous les autres cas où on trouve noté l'état du péritoine, on y trouvait soit les signes d'une péritonite en activité, soit ceux d'anciennes inflammations, adhérences, brides celluleuses, soudures d'organes entre eux. Les adhérences étaient pour ainsi dire constantes.

Les ganglions mésentériques sont dégénérés 6 fois ; il est probable que ce chiffre est bien inférieur à la réalité.

Dans les autres organes on voit les poumons présenter des tubercules soit en évolution, soit crétacés, des adhérences pleurales et des cicatrices, 40 fois.

L'intestin présentait des ulcérations tuberculeuses, 6 fois.

Les reins étaient tuberculeux, 3 fois.

Il y eut 2 fois des coxalgies, une fois une carie vertébrale, une autre fois une carie costale.

Du côté des centres nerveux on trouva 2 fois des tubercules dans le cerveau, 5 fois les signes de méningite tuberculeuse, 4 fois les malades étaient maniaques.

On voit à quel ordre de complications on a eu affaire, elles n'ont rien d'étranger à la marche ordinaire des tuberculisations.

Dans le cas de M. Cornil, la tuberculisation granuleuse était générale.

Nous reproduisons plus loin, séparément, les cas dans lesquels le tubercule a envahi les organes génitaux d'une manière que l'on a pu regarder comme primitive.

Nous pouvons rapprocher de ces chiffres ceux qu'a produits Geil.

Dans quarante-cinq observations, il a trouvé l'utérus tuberculeux seul, sans tuberculisation plus étendue des autres organes sexuels, une fois.

Dans la tuberculisation simultanée de l'utérus et des trompes, il y avait lésion du péritoine 19 fois; le péritoine était sain dans douze observations.

Dans trois cas, la tuberculisation du vagin coïncidait avec celle de l'utérus et des trompes de Fallope.

Dans dix observations, les trompes étaient seules tuberculeuses.

Dans une observation, la tuberculisation occupait l'utérus, le col et le vagin.

Dans un seul cas, les voies urinaires participaient à l'affection.

Geil n'a trouvé qu'une fois la tuberculisation des organes génitaux sans tubercules d'aucun autre organe. La lésion occupait les trompes de Fallope chez une jeune fille de 19 ans. Il rapproche de ce fait un autre où il n'existait de tubercules que dans les trompes de Fallope et dans le péritoine.

Paulsen, en réunissant ses observations à celles de Dittrich et Miskschik, a trouvé un cas de ce dernier où la tuberculisation génitale était primitive.

Dans les 17 autres cas, il y avait des tubercules :

Dans le poumon,	17 fois.
Dans le péritoine,	11 —
Dans l'intestin,	4 —
Dans les voies urinaires,	4 —
Dans les méninges,	1 —
Dans les os,	1 —

SYMPTÔMES.

Nous avons déjà plusieurs fois signalé l'insuffisance de nos renseignements. S'il en était ainsi pour l'anatomie pathologique, notre misère est bien plus grande encore quand il s'agit des symptômes. Nous allons rapporter ce qui nous semble acquis, ne nous dissimulant aucunement tout ce qu'il reste à rechercher avant d'exposer d'une manière dogmatique la clinique de ces affections.

Nous étudierons d'abord la tuberculisation des organes génitaux chez les malades dont les poumons sont déjà atteints, nous l'étudierons ensuite chez les malades où la phthisie génitale est primitive.

P. 1° ***Tuberculisation génitale chez des malades déjà atteints de tuberculisation générale.***

Etat général. Nous n'avons pas besoin d'insister sur les caractères généraux de la tuberculisation. L'examen du malade, l'émaciation, les sueurs, les accès de fièvre, les troubles des fonctions digestives, la toux, la dyspnée, les crachats, sont les symptômes sur lesquels le médecin se guide pour établir son diagnostic. Il invoque de plus l'appui des signes physiques : percussion, auscultation, vibration thoracique. Ces symptômes n'ont rien de spécial, ils ne doivent pas nous arrêter. Mais si à ces troubles se joint un trouble dans les fonctions génitales, d'autres phénomènes viennent s'ajouter aux précédents, et peuvent, dans quelques cas, singulièrement embarrasser le médecin.

Le Dr Aran avait assigné aux femmes atteintes d'affections des organes génitaux un *facies* qu'il appelait *utérin*. Si ce signe a une valeur que nous avons pu constater dans les affections utérines primitives, nous n'avons pu ici reconnaître rien de semblable : le cachet de la face est celui de la phthisique, et l'affection utérine n'ajoute aucun trait à la physionomie.

Une chose remarquable est l'absence des manifestations hystériques chez ces malades. Des phénomènes de cet ordre n'auraient pas étonné les médecins qui croient à l'influence des lésions du système génital sur la production de cette névrose; il n'en est rien. L'hystérie est rare dans ces conditions. Nous ne la voyons notée que trois fois, et dans l'observation de MM. Nonat, Bernutz et Goupil, les accidents nous semblent avoir été provoqués par toute autre chose que la lésion des ovaires.

Les fonctions digestives sont altérées de même que dans

toutes les autres lésions tuberculeuses. Elles l'étaient particulièrement dans les cas où la lésion avait envahi l'intestin lui-même. Ce qu'il y a de spécial ici tient à une toute autre influence. Les adhérences que l'inflammation péritonéale détermine peuvent altérer les rapports de l'intestin, les comprimer, établir des brides qui gênent à des degrés variables la circulation des matières intestinales. Dans l'observation 14, recueillie par M. Pelvet, l'S iliaque était étreinte par la trompe elle-même. Il y a alors mécaniquement des constipations opiniâtres, des rétentions de matières fécales. Lorsqu'une pelvi-péritonite purulente, un abcès de l'ovaire ou des trompes s'ouvre dans le rectum ou dans les intestins, la femme rend par les selles du pus et a de la diarrhée par irritation locale : nous reviendrons sur ces accidents. Les nausées et les vomissements sont en rapport avec le développement de l'inflammation péritonéale.

La vessie peut être enflammée par propagation de la phlegmasie qui l'entoure, ou être gênée mécaniquement par les déplacements de l'utérus, appliqué contre le pubis, par les tumeurs qui le repoussent d'arrière en avant, ou entraîné en déviation par des brides accidentelles. Il y a alors cystite. Les exacerbations de cette inflammation vésicale coïncident généralement avec les poussées inflammatoires du péritoine.

Tous ces phénomènes n'ont rien de spécial à la tuberculisation génitale, et nous devons aborder maintenant la description des phénomènes locaux.

En établissant la marche de l'affection, nous établirons l'influence réciproque des lésions pulmonaires et génitales.

Les douleurs ne sont très-vives que lorsque le péritoine se trouve affecté. Quand la lésion n'a pas dépassé les

limites des organes génitaux eux-mêmes, il est rare que des douleurs lancinantes ou exaspérées par la pression abdominale viennent à tourmenter la malade. La forme habituelle est une pesanteur, une lassitude partant surtout du côté du périnée et du fondement, retentissant du côté des reins, mais n'irradiant pas, ainsi que le font les névralgies ou les douleurs qui accompagnent les menstruations difficiles, les dysménorrhées. Il n'en est plus de même, ainsi que nous le verrons quand le péritoine est atteint.

Le ventre est généralement un peu développé dans sa moitié inférieure, il est bouffi, et cette particularité semble d'autant plus remarquable que la malade est dans un état d'émaciation plus avancée.

Les *troubles de la menstruation* sont constants. Si la malade est arrivée à un état de phthisie pulmonaire assez avancée, ce symptôme n'a plus une valeur particulière. Mais il n'en est pas toujours ainsi : la cessation de la fonction menstruelle constitue quelquefois le premier signe de la phthisie. Il y a longtemps que le fait a été noté. Les malades chez qui le début de la maladie se prononce ainsi nous ont même paru être exposées davantage à une évolution plus rapide de la phthisie. Quoi qu'il en soit, lorsque le tubercule ne se dépose que dans les organes génitaux, ainsi que nous le verrons dans la marche, on ne peut accuser que la lésion locale, et si cet arrêt brusque se montre alors qu'aucune autre lésion grave de l'économie ne vient en fournir la cause, on doit rechercher du côté des organes génitaux si on ne trouvera pas la raison de l'aménorrhée.

Les hémorrhagies menstruelles sont rares, elles ne sont notées que dans l'observation de Tyler Smith, dans deux cas de Kwisch, et dans l'obs. 22 : prise à Mme Boivin, dans aucun cas elles ne nous ont paru avoir été inquiétantes.

Dans l'observation 30, on verra que les règles ne se sont pas supprimées : cette persistance est sans doute en rapport avec l'acuité de la maladie qui a marché très-vite. Mais la règle est l'aménorrhée, et c'est parfaitement en rapport avec ce que nous disions dans le chapitre de l'*Anatomie pathologique* sur l'état d'atrophie et d'anémie des organes génitaux chez les malades tuberculeuses.

Les *écoulements blancs* ne sont pas constants, ils sont même rarement signalés dans les observations et n'ont que peu attiré l'attention. Ils sont loin cependant d'être sans valeur. Dans le fait rapporté par Tomlinson c'était au contraire le signe capital, celui pour lequel la malade réclamait les soins de son médecin. Ce qui explique peut-être la rareté apparente de ce symptôme, c'est que généralement on ne le regarde que comme un signe banal, en rapport avec la faiblesse de la malade, et que rarement on ne recherche dans l'état local sa cause elle-même; et de plus, si le médecin a cherché cette cause locale, il s'arrête volontiers à l'ulcération utérine qu'on a trop souvent le tort de considérer comme constituant par elle-même toute la maladie utérine, dont elle n'est qu'un symptôme. Dans les cas où l'écoulement blanc a été signalé, on le décrit toujours comme un peu opaque, jaunâtre, doué d'une odeur désagréable, rappelant un peu l'odeur des écoulements cancéreux. Dans l'observation de Mme Boivin (obs. 22), l'écoulement était jaunâtre, vert-pistache. Il en était de même dans l'observation de M. Pelvet (obs. 14) et dans celle de M. Tyler Smith. Nous reproduisons l'observation suivante, où cet écoulement est signalé, et qui est curieuse aussi parce que certains détails ont été étudiés avec soin par Bérard.

Obs. XXIX.—M. Pégot (1) présente de la matière tuberculeuse renfermée dans les trompes d'une femme qui pendant la vie avait ressenti des douleurs dans les lombes. La suppression des règles

qui avait eu lieu quelques mois avant la mort, avait fait croire à la malade qu'elle était enceinte. *Elle rendait par le vagin une matière blanche et comme purulente.* A l'autopsie, on a trouvé les poumons criblés de cavernes, et contenant des masses tuberculeuses jaunes. On a reconnu aussi que la trompe, évidemment dilatée dans sa longueur et dans son orifice utérin, permettait à la matière tuberculeuse ramollie de s'échapper dans la cavité utérine. M. le professeur Bérard s'est assuré à plusieurs reprises de la facilité avec laquelle une pression exercée sur la trompe faisait refluer dans l'utérus l'espèce de bouillie dont la trompe était remplie. Il n'y a donc aucun doute sur la nature de l'écoulement blanchâtre et purulent qui avait eu lieu pendant la vie; il était formé par de la matière tuberculeuse à l'état de ramollissement.

Les *démangeaisons vulvaires*, si incommodes, si rebelles, qui font le supplice de quelques malades, se trouvent ici avec leurs caractères ordinaires et n'ont rien de particulier.

Elles existaient avec une certaine violence dans l'observation de M. Siredey, où la phthisie pelvienne était primitive.

Les *rapports sexuels* ne sont pas devenus impossibles pour les malades; on sait d'ailleurs que l'intégrité des organes du petit bassin n'est pas nécessaire pour leur accomplissement. Ils étaient presque toujours douloureux, surtout dans les chocs contre le col de l'utérus.

La gêne apportée aux fonctions de l'intestin, en augmentant encore la tendance qu'ont les femmes à la constipation donne quelquefois lieu à une sorte d'inflammation particulière des intestins; plus souvent encore, cette sorte d'inflammation nous paraît devoir être attribuée à la propagation des phlegmasies du voisinage. M. Nonat (2) a décrit sous le nom d'*entérite glaireuse* ces phlegmasies intestinales; elles sont souvent trop rebelles et trop difficiles à distinguer pour que nous les passions sous silence.

« Cette complication est caractérisée, dit M. Nonat, par des douleurs générales dans l'abdomen, par des coliques presque conti-

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1834, p. 187.
(2) Nonat, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, etc., p. 373.

nuelles, avec des rémittences et des paroxysmes qui ne présentent aucune régularité, par un météorisme plus ou moins prononcé et une sensibilité notable des parois du ventre.

« Les garde-robes sont rares, difficiles, précédées de souffrances plus aiguës et suivies de très-pénibles épreintes.

« Les malades rendent tantôt du mucus parfaitement pur, tantôt du mucus strié de sang, tantôt une petite quantité de matières stercorales recouvertes ou mélangées de mucosités.

« L'apparence du mucus est très-variable: tantôt il est transparent, glaireux, analogue à celui qui est expectoré dans la bronchite simple; tantôt il est épais, opaque, demi-concret, semblable à une fausse membrane, affectant une forme cylindrique ou une disposition rubanée qui en imposerait au premier abord et sur un examen superficiel, ou pour un ombric, ou pour des fragments de ténia. »

Toute cette description est parfaitement exacte : nous avons pu voir cette forme rubanée, embarrassante, lorsque l'on n'est pas prévenu; nous rapportons plus haut l'observation 26 dans laquelle au contraire c'étaient les mucosités et les glaires qui caractérisaient surtout l'affection.

Tous ces symptômes sont importants, mais ils en acquièrent une bien plus grande si on les rapproche des signes que nous allons décrire et qui sont le palper et le toucher.

On sait avec quelle facilité se laisse déprimer la paroi abdominale des femmes qui ont eu des enfants: la main du médecin peut parcourir toute la cavité abdominale et s'assurer avec la plus grande précision de leur volume et de leur forme. Mais qu'une inflammation vienne à frapper la séreuse abdominale dans une de ses parties, aussitôt la paroi se raidit, forme par sa contraction une sorte d'enveloppe rigide, et immobilise ainsi tous les organes contenus dans le ventre; de sorte que cet examen, qui tout à l'heure était si facile, est devenu presque impossible.

Ces deux conditions se rencontrent dans le cours de la maladie qui nous occupe : comme nous avons rejeté à la fin les symptômes tirés de l'inflammation péritonéale, nous n'avons à nous occuper que de la tuberculation alors qu'elle

ne cause aucun accident inflammatoire. Le palper est alors facile, surtout si la femme a eu des enfants et si la main du médecin est exercée ; on peut se rendre compte, non pas à proprement parler du volume lui-même de l'utérus, mais de la plus ou moins grande possibilité de pénétrer dans le petit bassin. On peut, en appuyant doucement mais avec une certaine insistance, sur les parties qui correspondent aux fosses iliaques, interroger le volume des annexes de l'utérus. Ce n'est pas le volume et la forme seule qu'il est possible de constater, mais par ce procédé on met en jeu la sensibilité des parties que l'on presse et on acquiert un nouvel élément important pour le diagnostic.

Nous avons vu, à propos de l'anatomie pathologique, que la péritonite partielle à marche chronique et à forme tuberculeuse était la règle dans ces cas, même quand la péritonite est pour ainsi dire latente, qu'il ne reste plus que ses traces, on n'a plus la possibilité d'interroger aussi facilement les organes. « Le ventre alors, dit M. Grisolle (1) dans le chapitre de la *péritonite chronique*, quoique moins volumineux, n'en reste pas moins déformé, tantôt aplati, le plus souvent saillant. La palpation du ventre est parfois un peu douloureuse, mais en général pourtant elle l'est faiblement. On distingue souvent le relief que forment les anses intestinales distendues, et qui, entourées parfois de fausses membranes épaisses, résonnent moins à la percussion et peuvent donner l'idée qu'il existe une tumeur hétéromorphe. Si avec la paume de la main on exerce une pression douce sur la paroi abdominale, surtout sur les régions ombilicale et hypogastrique, il sera très-aisé de constater que la partie n'a plus sa souplesse normale comme lorsque les anses intestinales, libres d'adhérence, peuvent glisser et se déplacer. Ici la main qui explore éprouve la

(1) *Traité de pathologie interne*, 8e édition, tome I, p. 5[illegible]7.

sensation d'une *dureté*, d'une *tension*, ou plutôt d'une *résistance*, qui est tout à fait caractéristique, car on ne la retrouve dans aucune autre maladie. Elle dépend de ce que les anses intestinales, recouvertes de fausses membranes et adhérant intimement entre elles, forment une espèce de plancher ou de plan solide. Dans quelques cas très-rares, on sent sur quelques points le froissement ou le bruit du frottement péritonéal. »

Ce qui est vrai de la sensation que donnent les anses d'intestin ainsi accolées est également vrai pour les augmentations de volume que peuvent subir les organes génitaux ; *elles se sentent surtout bien* si au palper on ajoute l'examen par le toucher vaginal et le toucher rectal.

Le *toucher vaginal* pratiqué avec soin est de tous les modes d'exploration celui qui fournit les signes les plus certains. Quand il n'existe pas d'inflammation actuelle, le vagin n'est pas remarquablement chaud. Le col est rarement dans l'axe du vagin, habituellement il faut aller le chercher sur la paroi postérieure du vagin, où il peut être maintenu de façon qu'on ne le puisse déplacer. Il est plus gros qu'à l'état normal, même dans les cas où on avait à examiner des malades qui n'avaient point encore eu d'enfant. Il est aussi ordinairement possible de pénétrer dans son intérieur ; il semble un peu dépoli lorsqu'il y a des exulcérations : nous reviendrons plus tard sur ce signe. Quand on examine les culs-de-sac du vagin, on sent, je pourrais presque dire constamment, des brides qui ôtent leur souplesse ordinaire à ces replis muqueux, et qui même souvent leur enlèvent une partie de leur profondeur. Le cul-de-sac antérieur semble celui qui est le moins souvent affecté. En examinant avec soin l'utérus et en combinant à cet examen le palper abdominal, on peut ordinairement constater que son volume a augmenté notablement,

que surtout il est peu ou point mobile, qu'il est douloureux au ballottement, et que de plus il est presque constamment dévié et en rétroflexion le plus souvent. Cette rétroflexion peut se combiner avec la retroversion : on s'assure de ces déviations ainsi que des latéroflexions et même de la rotation de l'utérus autour de son axe vertical, en recherchant attentivement les lignes plus ou moins saillantes au doigt que l'on peut découvrir sur les parties latérales de l'organe.

Tous ces états morbides que le doigt peut saisir prouvent seulement qu'un travail pathologique a envahi la cavité pelvienne et l'utérus à une époque quelconque. Ils n'ont rien de caractéristique. Il n'en est plus de même quand à ces signes s'en joint un autre qui malheureusement est bien loin d'être constant. En déprimant les culs-de-sac postérieurs ou latéraux, on peut sentir des bosselures, petites, dures, arrondies, se succédant les unes aux autres par petits ressauts, un peu douloureuses au toucher, non fluctuantes, variant du volume d'un haricot à celui d'une noix. Ce qui forme ces petites saillies c'est le dépôt tuberculeux qui gonfle les trompes, et qui leur donne l'aspect moniliforme. Nous avons insisté, à propos de l'anatomie pathologique sur la fréquence de la chute des annexes dans le cul-de-sac utéro-rectal : ce signe ne peut plus nous surprendre, sa valeur est grande, et c'est à son existence que M. Boucher de la Villejossy a dû de pouvoir établir le diagnostic dans le cas suivant.

Obs. XXX (1). — A la suite d'une menstruation, douleurs hypogastriques et ballonnement du ventre. Aux deux époques menstruelles suivantes, retour d'accidents semblables, mais qui paraissent avoir été de plus en plus graves à chacune des recrudescences. — Quinze jours après la troisième

(1) G. Bernutz et Goupil, — *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, vol. II, page 337.

recrudescence, la malade se décide, à cause de l'intensité des douleurs hypogastriques qui persistent depuis la dernière époque, à entrer à l'hôpital. — Tumeur occupant la fosse iliaque droite et se continuant jusque dans le cul-de-sac vaginal correspondant; rudesse de la respiration au sommet des poumons; progrès de la tumeur peri-utérine, en même temps que la tuberculisation pulmonaire suit une marche assez rapide. Mort. — Tubercules des trompes, péritonite pelvienne, cavernes pulmonaires. (Observation recueillie par M. Dubuc.)

Le 30 novembre 1860, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Boucher de la Villejossy, salle Sainte-Cécile, n° 23, G... (Corinne) âgée de 21 ans, dentelière, née à Paris, qui est venue demander son admission, parce que depuis assez longtemps elle souffre du bas ventre.

Cette femme est accouchée régulièrement il y a cinq à six mois, les suites de couches ont été normales. Les accidents, suivant le récit de la malade, datent de quatre mois à peu près, ils sont survenus, sans cause connue, à la suite des règles; le ventre est devenu douloureux, et a offert un ballonnement assez considérable qui a persisté pendant quelques jours, puis a disparu lorsque les douleurs ont diminué. Depuis cette époque, les douleurs abdominales, à deux reprises, ont recouvré tout à coup une intensité semblable ou plus grande que celles qu'elles avaient offertes au début; le ventre s'est de nouveau ballonné, puis a cessé de l'être au bout de quelques jours, en même temps que les douleurs se sont amendées. Ces deux recrudescences se sont produites toutes deux quelques jours après les règles. La dernière a eu lieu il y a quinze jours: depuis celle-ci, bien que le ballonnement du ventre ait disparu après quelques jours de durée, comme dans les premières attaques, la malade est restée en proie à des douleurs hypogastriques assez intenses; elles sont plus vives dans la fosse iliaque droite. On trouve dans cette région une tumeur douloureuse à la pression, dure, parallèle au ligament de Fallope, qu'elle dépasse d'un travers de doigt seulement, et qui se trouve en connexion intime avec l'in-

duration que le toucher fait constater dans le cul-de-sac vaginal droit.

Cette exploration fait reconnaître que l'utérus est légèrement dévié, dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, mobile, mais que les mouvements qu'on lui imprime sont douloureux. Le cul-de-sac vaginal antérieur est souple, le cul-de-sac gauche est libre, le cul-de-sac postérieur présente une légère saillie qui paraît constituée par le corps de l'utérus en rétroflexion. Le cul-de-sac droit, souple dans sa partie externe, offre, accolé au bord correspondant de l'utérus, une tumeur dure, bosselée, dont la partie accessible au doigt offre le volume d'une noix, et qui paraît se confondre supérieurement avec la tumeur perçue dans la fosse iliaque droite. Cette femme, pâle, anémique, d'une constitution assez détériorée, présente au-dessous des clavicules une rudesse de la respiration caractéristique, mais sans aucune autre signe de tuberculisation.

Malgré le repos et les moyens mis en usage, l'affection génitale, au lieu de s'amender, fait pendant le mois de décembre de sensibles progrès; les règles sont irrégulières; la tumeur placée dans le cul-de-sac droit augmente et envahit le cul-de-sac postérieur; cette tumeur offre des bosselures et une sensation toute spéciale au toucher. A la rudesse de la respiration ont succédé les signes manifestes d'une tuberculisation à marche assez rapide. Aussi M. Boucher, se fondant sur les caractères spéciaux que présente au toucher la tumeur péri-utérine, ses bosselures, sa marche progressive en même temps que la tuberculisation pulmonaire suit une marche rapidement funeste, se crut-il autorisé, au commencement de janvier, à diagnostiquer une ovarite tuberculeuse.

En janvier et février, les accidents, loin de s'amender, vont chaque jour empirant. La malade, dont les symptômes péri-utérins n'ont présenté que quelques alternatives d'amendement et de recrudescence, s'affaiblit graduellement, et succombe, le 10 avril 1861, aux progrès de sa tuberculisation pulmonaire, quinze jours après avoir eu encore un léger

écoulement sanguin par la vulve (perte peu abondante), et conservant son intelligence jusqu'au dernier moment.

Autopsie. Excavations tuberculeuses aux sommets des deux poumons, tubercules ramollis dans le reste de leur étendue. Le péritoine, tant viscéral que pariétal, est parsemé de granulations miliaires, tuberculeuses ou plastiques, du volume d'une tête d'épingle, vers la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen. La matière tuberculeuse devient plus abondante; elle forme dans l'épaisseur du péritoine de petites masses aplaties qui occupent en ce point, presque toute l'étendue de la séreuse, et se prolongent avec elle jusque sur le fond de l'utérus. Le cul-de-sac péritonéal, vésico-utérin a disparu par suite du dépôt des produits plastiques dont il est rempli.

L'utérus n'offre pas d'altération appréciable dans sa texture. Les *trompes sont littéralement farcies de matière tuberculeuse* en voie de ramollissement, ce qui leur donne un aspect noueux, bosselé; les pavillons eux-mêmes présentent les mêmes alternations, et forment sur les parties latérales de l'utérus des tumeurs bosselées du volume d'un œuf de pigeon. *C'est une de ces tumeurs que M. Boucher avait sentie pendant la vie dans le cul-de-sac vaginal droit et qui lui avait fait croire à une ovarite tuberculeuse.*

Les ovaires sont plus rapprochés de l'utérus qu'à l'état normal; leur parachyme est remplacé des deux côtés par un épanchement sanguin qui paraît remonter à quelques jours, sorte d'apoplexie des deux ovaires. Adhérences filamenteuses, excessivement nombreuses dans le cul-de-sac rétro-utérin, qui se continuent avec les adhérences qui réunissent et confondent pour ainsi dire les organes génitaux entre eux à l'S iliaque et au rectum.

Ce que cette histoire pathologique présente de plus remarquable, c'est la marche de l'affection. Tout le temps la marche des lésions génitales a paru primer la marche des lésions pulmonaires; de plus, les règles ont persisté, ce qui est une grande exception : cela nous paraît devoir

être une conséquence de l'intensité du travail pathologique qui s'accomplissait dans le petit bassin, et qui se traduisait aux époques successives du retour des règles par un léger écoulement sanguin. La maladie en effet ne paraît avoir duré que huit mois.

Le *toucher rectal* doit souvent aussi être pratiqué, car il permet de distinguer mieux que le toucher vaginal, quelle est exactement la valeur de ces diverses saillies et bosselures, dans lesquelles il est quelquefois difficile de faire la part de ce qui appartient à l'utérus et à ses annexes. Par le rectum, on n'est plus en effet bridé par des replis infranchissables comme dans le vagin, et on peut pousser plus haut son exploration. C'est par ce moyen que l'on peut le mieux examiner les annexes de l'utérus. La tendance des trompes et des ovaires à se placer dans le cul-de-sac péritonéal utéro-rectal, la tendance de l'utérus à se replier sous l'influence des brides qui le devient de sa position normale, font comprendre aisément que par le rectum, dans lequel on peut surtout de droite à gauche promener son doigt assez facilement, il est possible d'acquérir quelques notions importantes. Quelquefois l'état de virginité de la malade en fera presque une nécessité. Nous reproduisons les observations suivantes, empruntées au livre de M. Aran, pour montrer la série des modifications que le toucher rectal a permis de constater.

OBSERVATION XXXI.

Inflammation péri-utérine chez une jeune fille vierge. — Énorme tumeur abdominale. — Rupture du foyer purulent dans le rectum. — Accidents graves de dysentérie et d'affaiblissement. — Rétablissement incomplet. — Tuberculisation et diarrhée chronique. — Mort (1).

Une jeune fille de 22 ans, domestique, est apportée dans mon service, le 24 avril 1858, salle Sainte-Thérèse, n° 34,

(1) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, etc., p. 710.

avec des accidents inflammatoires aigus vers le bas-ventre. Bien que d'une constitution médiocre, cette jeune fille ne porte pas l'empreinte d'une altération grave de la santé générale. Son embonpoint, la fermeté de ses chairs, démontrent qu'elle a été prise de sa maladie au milieu d'un état de santé assez bon. La face est un peu pâle, les yeux brillants, les lèvres et les dents sèches, la langue jaunâtre et collante; le pouls vif, petit, fréquent ; la peau chaude et sèche; 96 pulsations, 14 respirations. La malade est couchée sur le dos, dans l'immobilité la plus complète et pourtant elle dit n'avoir pas de douleur.

En examinant l'abdomen, nous sommes frappé du développement considérable de sa moitié inférieure, surtout du côté droit : la palpation nous montre une résistence très-marquée dans toute cette moitié inférieure; elle nous fait découvrir de plus une tumeur globuleuse et un peu allongée qui, partant du fond du bassin, remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, occupe la presque totalité de la moitié inférieure droite de l'abdomen, en empiétant sur la fosse iliaque, et s'étend au moins à cinq ou six travers de doigt en dehors et à gauche de la ligne médiane. Une matité notable se montre dans le côté droit du bas-ventre, pour disparaître vers la ligne médiane; la sensibilité à la pression existe dans les deux fosses iliaques, surtout à droite, de temps en temps un élancement traverse la tumeur de droite à gauche.

L'examen des organes génitaux est très-difficile, car cette jeune fille est vierge ; pourtant nous parvenons à reconnaître que le col de l'utérus est porté fortement en arrière, tandis que le corps de cet organe, refoulé en avant, est complétement immobile dans cette situation, par suite de la présence de la tumeur. La paroi antérieure du vagin est fortement déprimée, comme œdémateuse. Par le rectum, on constate l'immobilisation de l'utérus, et de plus le prolongement de la tumeur abdominale jusque dans le plancher du bassin du côté droit, un peu moins bas du côté gauche et très-profondément en arrière, où elle déprime le cul-de-sac recto-vaginal. En saisissant la tumeur entre

la main placée sur l'abdomen et le doigt placé dans le rectum, nous parvenons à lui imprimer des mouvements et à saisir une trace de fluctuation. L'utérus est séparé de la tumeur, à laquelle il adhère, par une espèce de dépression ou de sillon très-marqué.

Les antécédents de cette jeune malade sont les suivants : elle est d'un tempérament lymphatique, elle a été réglée difficilement à l'âge de 17 ans, mais elle n'a jamais eu de maladie grave. Deux ans auparavant, c'est-à-dire il y a sept ans, elle a commencé à avoir des flueurs blanches, des maux d'estomac, des palpitations de cœur, et un rhume qui n'a jamais complétement disparu depuis, mais sans hémoptysie. Les phénomènes de chloro-anémie qu'elle éprouve depuis cette époque et qui ne se sont pas très-sensiblement modifiés par la venue des règles, excepté peut-être les palpitations, qui ont disparu depuis un an, ces phénomènes, disons-nous, ont engagé cette jeune fille à renoncer à son travail de couture, trop sédentaire, pour entrer en service.

Le début des accidents remonte au 15 avril. A cette époque, sans cause connue, sans travail exagéré, elle a été prise de crampes d'estomac et de nausées, de quelques douleurs dans les jambes et dans le ventre ; elle a pris le lit le jour même, mais elle s'est levée le lendemain pour travailler, souffrant encore dans le ventre et ayant quelques nausées. Un vomitif qui lui a été administré a augmenté beaucoup les souffrances, à cause de l'ébranlement occasionné par les vomissements.,

17 avril. Même état, un peu de fièvre.

Le 18. Les maux d'estomac ont disparu, mais les douleurs sont encore vives dans le ventre. Une application de sangsues aux grandes lèvres amène un soulagement tel que, pendant vingt-quatre heures, la malade se croit guérie.

Le 20. Les douleurs reparaissent dans le ventre, et surtout dans sa partie inférieure ; un peu de fièvre, point d'appétit. Le lendemain, on reconnaît dans la partie inférieure

du bas-ventre, du côté droit, une tumeur dont les progrès sont très-rapides ; car, en deux jours, elle a atteint le volume que nous lui voyons aujourd'hui. Les bains de siége et les cataplasmes n'ont amené qu'un soulagement très-médiocre, et la malade est apportée à l'hôpital dans un état de souffrance extrême, dont on se rend maître le soir même par des applications laudanisées sur le bas-ventre, et l'administration de quelques grains d'opium à l'intérieur.

Le 25. 30 sangsues sur la fosse iliaque droite; une pilule de 5 centigrammes d'extrait aqueux thébaïque toutes les quatre heures; cataplasmes laudanisés. Le soulagement est presque immédiat, et le 26, nous la trouvons avec la face plus calme, la chaleur à la peau moindre; le pouls moins fréquent, 88 pulsations ; mais, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est le retrait de la tumeur qui a diminué dans tous les sens, qui est moins dure à la pression et tout à fait indolente. Pourtant la percussion est douloureuse à l'hypogastre ; le toucher fait reconnaître la présence de la tumeur, surtout à droite de l'utérus ; mais cet organe a recouvré un peu de sa mobilité, et la douleur, provoquée par le toucher est beaucoup moins grande. Du reste, langue blanche et humide, soif vive et perte d'appétit. — (25 sangsues sur la fosse iliaque droite; huile de croton, 2 gouttes, en 2 pilules; extrait aqueux thébaïque, 10 centigrammes, en 2 pilules ; limonade ; bouillon.

Le 27. État moins satisfaisant; chaleur à la peau, 92 pulsations; langue collante, soif vive, perte d'appétit ; la moitié inférieure du ventre encore très-tendue et assez douloureuse; très-peu de garde-robes. Nous passons au traitement mercuriel : frictions avec l'onguent mercuriel trois fois par jour, cataplasmes ; calomel, 10 centigrammes, et extrait thébaïque, 30 centigrammes pour 10 pilules, une toutes les quatre heures; lavement avec 45 grammes de sulfate de soude, 15 grammes de follicules de séné et 8 grammes de chlorure de sodium.

Le 28. La douleur a disparu ; l'abdomen devient souple,

et la matité diminue rapidement; pourtant le ventre est encore volumineux, et les altérations matérielles n'ont pas sensiblement varié dans la cavité du bassin.

Le 29. La malade se trouve assez bien des mercuriaux et des opiacés; mais le pouls est redevenu fréquent, 104 pulsations: la peau chaude, les lèvres et la langue sèches, la soif vive, l'appétit perdu; le ventre toujours tendu, surtout dans la fosse iliaque droite. (Même traitement, un bain.) Dans la soirée, un besoin pressant d'aller à la garde-robe se fait sentir et est suivi de l'expulsion d'une grande quantité de matières jaunâtres, purulentes, mélangées à des fausses membranes. Depuis ce moment, les évacuations se succèdent en si grand nombre et si rapidement que la malade passe presque la nuit tout entière sur le bassin; aussi la trouvons-nous, le lendemain, dans un état d'accablement extrême; la face pâle, mais calme; la peau un peu froide, les lèvres, la langue, les dents sèches; quelques envies de vomir; le ventre est moins tendu, mais il existe encore une rénitence très-marquée de la moitié inférieure de l'abdomen. La tumeur a entièrement disparu, et la tension est plus prononcée maintenant à gauche qu'à droite; 100 pulsations. — Limonade vineuse, bouillon.

Le 30. La diarrhée continue et la malade rend encore une assez grande quantité de matières blanches. Aussi l'affaissement produit par ces évacuations prononcées continue-t-il, et même d'une manière assez inquiétante; la face est un peu altérée; mais ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est le refroidissement des extrémités et la sécheresse de la langue; pourtant le ventre est à peu près indolent, et, sauf un peu de rénitence, du côté droit principalement, on ne pourrait pas se douter que l'abdomen a été le siége d'une affection aussi grave; 84 pulsations, 24 respirations un peu suspirieuses. — Sous-nitrate de bismuth et diascordium, de chaque, 4 grammes.

Sous l'influence de ces derniers médicaments, le dévoiement s'arrête enfin, et en même temps que l'on voit disparaître les phénomènes qui ont accompagné la rupture du foyer dans le rectum, la peau reprend sa chaleur et le

pouls sa fréquence primitive. Nous constatons, le 4 mai, que l'utérus est définitivement immobilisé et comme perdu au milieu d'une gangue inflammatoire qui le fixe dans l'antéflexion et l'antéversion. Le vagin reste toujours très-chaud, la peau chaude; le pouls fréquent, 96 pulsations; un peu de soif, les lèvres sèches; le ventre seul paraît débarrassé, quoiqu'il y ait encore de la rénitence dans les deux fosses iliaques.

Quatre ou cinq jours après, les douleurs reparaissent dans le bas-ventre, qui redevient sensible à la pression. La peau prend de la chaleur; la fièvre s'allume. Ces accidents ne sont qu'incomplétement calmés par l'administration de l'opium à haute dose. Un vésicatoire est appliqué, le 1er juin, sur la fosse iliaque droite. Le jour même, la malade est prise de nouveau de diarrhée. Évacuations répétées, avec ténesme, composées de matières liquides purulentes; irritation très-grande de l'anus; cuisson en urinant; perte de sommeil. Cette fois le dévoiement est très-difficile à arrêter. La malade a de dix à vingt garde-robes dans les vingt-quatre heures. Pendant deux jours, elle rend des matières purulentes; plus tard, les excrétions sont composées de matières bilieuses jointes à des débris membraneux. Amaigrissement, pâleur, décoloration, facies terne; pouls vif et fréquent, 108 pulsations; rénitence dans la moitié inférieure du ventre, avec conservation de la sonorité dans toute son étendue; l'utérus est complétement immobile, adhérent des deux côtés, surtout à gauche, où il existe une tuméfaction notable que l'on retrouve encore mieux vers le rectum, et dont on constate les relations avec l'organe utérin, auquel elle adhère.

Le rétablissement est long et difficile : aussi consentons-nous facilement à ce que la malade aille passer sa convalescence dans sa famille. Elle y reste sept semaines, du 21 juillet au 6 septembre. Son état s'améliore, mais sa guérison complète n'arrive pas; elle conserve de la diarrhée, des douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite; elle rentre à l'hôpital dans un état d'amaigrissement très-marqué, de pâleur et de souffrance.

Quelques jours après, apparition de quelques boutons de varioloïde. A peine rétablie de cette légère affection, la malade commence à se plaindre de petits mouvements fébriles vers le soir. On trouve une altération dans le murmure respiratoire, consistant en de l'allongement de la respiration, de la faiblesse du murmure respiratoire au sommet droit, de la respiration saccadée dans presque tout le poumon gauche en arrière. Le ventre est indolent à la pression mais l'utérus est absolument immobile dans le bassin, surtout du côté gauche. Aux signes de tuberculisation pulmonaire s'ajoutent de temps en temps des douleurs assez vives dans le bas-ventre qui témoignent d'une recrudescence de l'inflammation péri-utérine.

L'état chloro-anémique et la maigreur de cette malade nous engagent à la soumettre à l'emploi des toniques et des analeptiques: l'huile de foie de morue, le sirop de pyrophosphate de soude et de fer, le vin de quinquina, modifient avantageusement son état; les accès fébriles intermittents sont définitivement enlevés par l'extrait de feuilles d'olivier; enfin des bains de siége répétés sont administrés soit avec de l'eau tiède, soit avec de l'eau chargée de principes alcalins. Ces divers moyens combattent si efficacement les accidents que, contre toute attente, la malade commence à reprendre des forces et de l'embonpoint, et peut quitter l'hôpital, dans les premiers jours de janvier, dans un état véritablement satisfaisant, conservant pourtant l'adhérence de l'utérus, surtout du côté gauche, et quelques signes de tuberculisation. Malheureusement cette amélioration n'était pas définitive, et bientôt une diarrhée chronique la plongea dans un état de marasme profond, auquel elle succomba, le 31 mai, dans le service d'un de mes collègues, M. Boucher, de la Ville-Jossy, à l'obligeance duquel je dois d'avoir pu examiner les altérations pathologiques.

Examen nécroscopique. Le cadavre est d'une maigreur excessive. La cavité abdominale proprement dite est parfaitement libre d'adhérences; l'extrémité seule de l'épiploon est adhérente dans quelques points à la paroi abdominale antérieure et à la masse qui remplit exactement le petit bas-

sin. Cette masse est surmontée par l'*S* iliaque du côlon, dont plusieurs anses ont contracté des adhérences intimes avec le fond de l'utérus et les annexes, que l'on n'aperçoit pas du reste, tant il y a d'adhérences et de fausses membranes dans la cavité pelvienne. En ouvrant l'intestin, depuis l'*S* iliaque jusqu'à l'anus, on découvre, au niveau de l'angle supérieur gauche de l'organe utérin, à 15 centimètres au moins de l'anus, une ulcération de la grandeur d'une pièce de 2 francs, traversée par des espèces de brides molles et jaunâtres, aux bords mous et également jaunâtres. Cette ulcération conduit librement dans une cavité qui pourrait loger un œuf de dinde, situé transversalement de dedans en dehors, et un peu de haut en bas, au milieu d'adhérences très-nombreuses, et d'un épaississement considérable du tissu cellulaire, qui forment une espèce de tumeur presque du volume du poing, accolée supérieurement au bord latéral gauche de l'utérus.

Cette cavité est colorée en jaunâtre à son intérieur, sans doute par les matières stercorales, et les parois sous-jacentes sont brunâtres; elle ne paraît pas toutefois contenir de matière en ce moment; impossible de reconnaître d'une manière certaine la nature de cette cavité, mais on croit découvrir quelque chose qui rappelle la trompe, tandis que l'ovaire semble avoir été détruit ou être transformé en cette cavité, qui communique avec l'intestin. Du côté gauche, l'ovaire et la trompe sont perdus, comme l'utérus, au milieu d'adhérences, mais moins serrés qu'à droite et infiltrés de sérosité. Ces deux organes sont accolés le long du bord gauche de l'utérus en bas et un peu en arrière; l'ovaire est plutôt atrophié qu'augmenté de volume; il en est de même de la trompe; tous les deux sont fortement congestionnés. L'utérus, assez allongé et comme effilé par suite de la compression qu'il a subie, est légèrement incliné vers le côté gauche, et tandis que le cul-de-sac du vagin est presque effacé du côté droit, le cul-de-sac est au contraire assez profond à gauche, ce qui donne au col une longueur trois ou quatre fois plus considérable dans cette direction (15 mill. à gauche, 4 ou 5 à droite). Le col de l'utérus est

petit, fortement ulcéré sur la lèvre antérieure, qui est comme rongée par la dent fine d'un animal ; un peu de mucus entre les lèvres, qui sont écartées légèrement l'une de l'autre. L'allongement de l'utérus paraît avoir porté sur le corps de l'organe, dont la *cavité est très-allongée et tapissée dans toute son étendue par de la matière tuberculeuse, jaunâtre, grumeleuse et solide, très-adhérente à la muqueuse, qui semble avoir disparu.* Des petites masses tuberculeuses caséiformes sont disséminées soit dans l'épaisseur de la tumeur, soit dans le tissu cellulaire pelvien ; peut-être sont-ce des ganglions tuberculeux, et, ce qui porte à le croire, c'est la présence au devant de la colonne vertébrale de nombreux ganglions complétement transformés en matière tuberculeuse, et dont quelques-uns sont plus gros que des œufs de pigeon. Injection très-vive de la partie inférieure du gros intestin, avec de nombreuses ulcérations en grande partie cicatrisées ; injection de la vessie et du canal de l'urèthre. Foie graisseux et volumineux. Nombreux tubercules infiltrés dans les deux poumons, mais sans ramollissement.

Plusieurs points sont à noter dans cette observation :

D'abord la lésion tuberculeuse a paru préexister dans les organes génitaux, les poumons ne semblent avoir été envahis qu'après que l'inflammation péri-utérine existait déjà. Au point de vue des symptômes, il en est un, celui de la recrudescence des accidents au moment de l'ouverture de l'abcès dans le rectum, qu'il importe de noter. Enfin nous pouvons rapprocher cette observation de celles que nous avons reproduites à propos de la dégénérescence tuberculeuse de l'ovaire. L'ovaire était détruit, et c'est la poche peritonéale qui s'est ouverte dans le rectum.

OBSERVATION XXXII.

Métrite interne chronique, avec ulcération du col, suite de couches. — Inflammation consécutive des trompes, et suppuration de la trompe droite. — Ponction à travers le rectum, et plus tard ouverture spontanée du foyer. — Amélioration momentanée. — Mort, quatre mois après, de péritonite tuberculeuse et de fièvre typhoïde (1).

Une femme de 33 ans, polisseuse de marbre, d'une constitution assez faible, d'un tempérament lymphatique, entre dans mon service, le 4 juin 1857, salle Sainte-Thérèse, n° 4, pour se faire traiter d'une névralgie faciale périodique En l'interrogeant, j'apprends que depuis un accouchement, qui a eu lieu il y a six ans, cette femme souffre dans les reins, et que depuis deux ans surtout ces douleurs ont augmenté, par suite de sa profession, qui l'oblige à se tenir constamment debout. Du reste, cette femme, malgré la faiblesse de sa constitution, n'a pas été souvent malade : elle a eu une fluxion de poitrine à l'âge de 18 ans, et une première atteinte de névralgie faciale il y a un an. Quant à ses douleurs de reins, on ne peut les rapporter qu'à l'imprudence qu'elle a commise de se lever au quatrième jour de ses couches. Réglée depuis l'âge de 12 ans, elle a des règles assez irrégulières, souvent avec retard de quinze jours, et des flueurs blanches à son époque menstruelle. Le toucher, pratiqué dans la station debout, montre l'utérus fortement incliné par son fond, en avant et vers le côté droit, le col volumineux porté en arrière et à gauche; mais l'organe utérin peut être ramené assez facilement, quoique avec un peu de douleur dans l'axe du bassin, et le spéculum révèle la présence d'une ulcération assez étendue et finement granulée au pourtour de l'orifice, légèrement entr'ouvert. Traitée par l'extrait alcoolique d'aconit à doses croissantes, depuis 20 jusqu'à 60 centigrammes dans les vingt-quatre heures, elle est bientôt débarrassée de sa névralgie, et malgré mes représentations elle quitte l'hôpital dix jours après son entrée, le 14 juin 1857.

(1) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, page 634.

Cinq mois après, le 24 novembre, elle rentre dans mon service, mais cette fois pour des douleurs de plus en plus vives qu'elle éprouve dans les reins, et cette fois aussi avec une altération de la santé générale, un affaiblissement et une maigreur qui frappent tous les yeux. Les règles sont revenues plus douloureuses, et s'accompagnent d'une pesanteur dans le bas-ventre, sans douleurs proprement dites. Au toucher, dans la station debout, je trouve l'utérus très-abaissé, le col très-volumineux, porté fortement en arrière et à gauche, et reposant sur le plancher du bassin; un peu de sensibilité dans les mouvements. Le spéculum me fait reconnaître, comme la première fois, la présence d'une ulcération granulée sur les deux lèvres du col, et principalement sur l'antérieure; le col lui-même est très-volumineux.

Sous l'influence du repos et d'un traitement très-simple, consistant dans l'emploi de cataplasmes émollients, de quelques bains entiers tièdes, et de pansements laudanisés tous les deux jours, l'état de la malade paraît d'abord s'améliorer: l'ulcération était même parfaitement cicatrisée lorsque, dans les premiers jours de décembre, elle est prise d'une douleur d'abord dans la fosse iliaque gauche, puis dans la droite, où elle se localise. Deux jours après, les règles paraissent en avance de huit jours. Peu à peu les douleurs deviennent de plus en plus vives; perte d'appétit, frissons erratiques, un peu de fièvre. Le 7 décembre, peau chaude et moite, aspect de souffrance; 72 pulsations; langue humide et chaude, pas de soif; sensibilité très-vive à la pression de la moitié inférieure du ventre, surtout du côté droit. Au toucher par le vagin, je constate que l'utérus, toujours abaissé et toujours en anté-latéro-version droite, a perdu sa sensibilité, et que, du côté droit, cet organe est soudé latéralement à une espèce de tumeur du volume d'un œuf de poule, bien arrondie, sensible à la pression, que le toucher rectal montre se prolonger très-notablement en arrière de l'utérus.

Traitement. 20 sangsues sur la fosse iliaque droite; calomel, 20 centigrammes; extrait aqueux thébaïque, 20 centi-

grammes, pour six pilules, une toutes les quatre heures; cataplasmes émollients, lavements avec 45 grammes de miel de mercuriale.

Soulagement très-marqué à la suite de ce traitement ventre parfaitement indolent; pas de chaleur, 84 pulsations, deux garde-robes. Je continue le calomel à la dose de 10 centigrammes, associé à 20 centigrammes d'extrait aqueux thébaique, pour quatre pilules, une toutes les six heures.

Le 9 décembre, quelques élancements reparaissent dans le bas-ventre. Peau chaude, 80 pulsations; quelques vomissements; vagin très-chaud, baigné de mucosités; toujours une tumeur accolée à la face postérieure et au bord latéral droit de l'utérus. — 12 sangsues sur le col utérin, frictions mercurielles sur le ventre, cataplasmes.

Le 10. Un peu de soulagement à la suite des sangsues. — Bains prolongés.

Le 12. Soulagement persistant; mais les garde-robes réveillent les douleurs. Le col est très-volumineux, fortement abaissé, douloureux au toucher et comme œdémateux; œdème des parois vaginales. La tumeur, explorée par le rectum, paraît remplir presque tout le bassin du côté droit et présente une rénitence très-marquée. (*Ponction avec le trois-quarts explorateur, par le rectum.*) La malade, placée comme pour l'application du spéculum, je glisse le trois-quarts, dont j'ai un peu retiré en arrière le stylet, le long de l'index de la main gauche porté dans le rectum et déjà au contact de la partie la plus saillante de la tumeur; par un mouvement brusque, j'enfonce le trois-quarts à 3 ou 4 centimètres de profondeur, et en retirant le stylet il s'écoule environ une petite cuillerée à café de pus.

Le 13. La ponction a été suivie d'un véritable soulagement, malgré un violent accès de fièvre avec frisson, qui a duré une partie de la nuit. Ce matin, 72 pulsations, peu de chaleur, un peu de diarrhée. La tumeur n'a pas diminué sensiblement par la ponction. Par le toucher rectal, on croit saisir une apparence de fluctuation.

Le 15. Assez bon état, le ventre est peu sensible; aussi une exploration plus détaillée est possible et permet d'ap-

précier, à travers la paroi abdominale, dans le bassin, sur la partie latérale droite de l'utérus, une espèce de tumeur que l'on reconnait encore mieux par le toucher vaginal et par le toucher rectal. Cette tumeur, qui remplit en partie le côté droit du bassin, et qui se prolonge entre l'utérus qu'elle immobilise et le rectum qu'elle refoule, a le volume d'un gros œuf de dinde, et présente au toucher des points offrant une certaine mollesse. Un peu de salivation et toujours un peu de dévoiement. — Sous-nitrate de bismuth, 4 grammes; extrait aqueux thébaïque, 10 centigrammes; cataplasmes; vin de quinquina.

Le 18. La malade se plaint de sueurs très-abondantes, surtout la nuit. La douleur est un peu moins vive, mais la tumeur est toujours, ou peu s'en faut, aussi saillante dans le rectum. *Nouvelle ponction avec le trocart explorateur*, et encore par le rectum, cette fois, sans aucun résultat. Mais la canule contient un peu de pus dans son intérieur. Deux heures après, et vers quatre heures de l'après-midi, en allant à la selle, la malade rend au moins un demi-verre de pus tout à fait pur. Le lendemain, on constate un affaissement très-marqué de la tumeur, mais il reste encore sur la partie latérale droite de l'utérus un noyau dur du volume d'un petit œuf.

La malade, soulagée à la suite de cette évacuation de pus avait paru d'abord se trouver mieux, mais dans les premiers, jours de janvier 1858 elle redevient plus souffrante et sa santé générale est de plus en plus altérée; pâleur de la face, amaigrissement, sueurs nocturnes, diminution de la sonorité, et allongement de l'expiration sous la clavicule gauche; douleur très-vive dans les deux fosses iliaques, occupant un point très-circonscrit; douleur en urinant, moins de douleurs en allant à la garde-robe. Par le toucher, on constate que la tumeur située sur le côté droit de l'utérus est considérablement réduite; mais en explorant le cul-de-sac latéral gauche, on constate que l'utérus est retenu de ce côté par des adhérences, que les tractions qu'on exerce pour l'entrainer du côté opposé sont très-douloureuses, enfin qu'il existe dans ce cul-de-sac une espèce de tumeur diffuse, au

milieu de laquelle on croit saisir une résistance plus marquée, qui paraît être due à la présence de l'ovaire.

Quelques sangsues sur la fosse iliaque gauche apportent un peu de soulagement dans les douleurs, et cette amélioration est rendue plus grande encore par les pansements laudanisés. La malade se trouve si bien elle-même qu'elle quitte l'hôpital le 1er février. Elle est toujours maigre et peu forte, conserve un peu de diarrhée, et de sensibilité à l'hypogastre, quelques élancements au niveau du pubis; mais l'utérus a repris un peu de mobilité, le cul-de-sac droit du bassin s'est dégagé, et c'est par le toucher rectal seulement que l'on peut constater la présence d'une espèce de moignon gros comme un petit œuf de pigeon; du côté gauche, on sent manifestement une tumeur circonscrite que des liens unissent au bord gauche de l'utérus d'une part, aux parois du bassin de l'autre.

La malade rentre une troisième fois à l'hôpital, sept semaines après, le 22 mars dernier; elle nous apprend qu'elle n'a jamais pu travailler depuis sa sortie; tantôt elle avait des douleurs et du gonflement du ventre, tantôt le ventre était presque indolent, mais néanmoins elle pouvait très-peu marcher. Six jours avant son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, elle a été prise d'accidents fébriles aigus, avec perte de connaissance, vomissements bilieux, céphalalgie. Entrée dans un autre hôpital, elle n'y est restée qu'un jour, tourmentée qu'elle était par des visions et des hallucinations.

Le 23. Nous constatons ce qui suit : amaigrissement très-marqué, aspect de souffrance et d'hébétude, altération des traits, peau chaude et sèche; langue collante, un peu rouge à la pointe, ainsi que les lèvres; 112 pulsations, 24 respirations; sonorité exagérée de la poitrine en avant des deux côtés; respiration faible, avec sifflement diffus du côté droit en avant, forte sans allongement de l'expiration du côté gauche, forte et rude dans le côté gauche en arrière, sensiblement affaiblie dans le côté droit; retentissement de la voix aux sommets des deux poumons; sensibilité très-vive à la région épigastrique; gonflement tympanique de la moitié inférieure du ventre, sans bosselure; un peu de ma-

tité seulement autour de l'ombilic; le foie dépasse le rebord des fausses côtes de près de deux travers de doigt; dévoiement.

Ma curiosité était grande de savoir quels changements s'étaient opérés dans l'état de l'utérus et de ses annexes. Contrairement à mes prévisions, je trouve l'utérus petit, assez mobile, douloureux dans les mouvements, et je ne découvre sur les parties latérales de l'utérus d'autres restes des tumeurs que j'y avais senties que deux noyaux gros comme des petites noix, et dont le droit est plus volumineux que le gauche.

Depuis son entrée jusqu'à sa mort, la malade reste dans un état d'accablement considérable; en proie à une fièvre très-vive, avec la peau sèche, des frissons de temps en temps, du dévoiement et du trouble des idées. Elle meurt le 4 avril. Dans les derniers jours, le ventre s'est rétracté notablement.

Examen nécroscopique. Cavité abdominale. Quelques cuillerées de pus épais mêlé de fausses membranes, en plus grande quantité dans le petit bassin; adhérences peu nombreuses et peu résistantes dans la cavité abdominale proprement dite; mais, en approchant du petit bassin, les adhérences deviennent de plus en plus nombreuses et serrées, au point de ne pas permettre la séparation des anses intestinales sans rupture; nombreuses granulations miliaires à la surface du péritoine de la cavité pelvienne, qui est très-vivement injecté; ganglions mésentériques volumineux, infiltrés pour la plupart de matière tuberculeuse; rate à peine augmentée de volume; reins décolorés; foie également décoloré, mais avec hypertrophie de l'élément glanduleux jaunâtre, et dilatation marquée de la veine centrale du lobule; nombreuses ulcérations *véritablement typhoïdes* des plaques de Peyer de l'intestin grêle.

La vessie est affaissée contre le pubis et contient quelques cuillerées d'une urine très-foncée; épaississement très-marqué de la cloison de séparation du vagin et de la vessie. Quelques anses intestinales sont soudées entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus. La face postérieure de l'utérus a contracté des adhérences avec

l'S iliaque du côlon par des séries superposées de tractus membraneux, dont quelques-uns, par leur gracilité, rappellent les tendons des colonnes charnues du cœur. Du pus est infiltré du côté gauche dans les adhérences plus serrées et plus intimes qui unissent la face postérieure de l'utérus au rectum. Du côté droit, au même niveau, on ne trouve que de la sérosité infiltrée dans les mailles des fausses membranes; mais, dans plusieurs points, il y a au moins une cuillerée à café ou deux de sérosité citrine, un peu rougeâtre, comme enkystée dans les fausses membranes. Quelques tubercules, d'un blanc jaunâtre, gros comme de petits grains de blé, sont déposés également çà et là dans l'épaisseur des fausses membranes.

L'ovaire droit est situé profondément, au milieu d'adhérences dans le petit bassin, au contact de sa paroi inférieure; il est réduit à un moignon informe, mais reconnaissable à des cicatrices nombreuses qui en zèbrent la surface, et à la présence dans son intérieur de petits foyers sanguins d'origine ancienne.

La trompe droite, au moins doublée de volume, est largement béante dans le péritoine par son pavillon; les parois, également épaissies, ont dans certains points jusqu'à 4 millimètres d'épaisseur; *elle contient une espèce de bouillie mélangée de pus et de matière tuberculeuse;* sa membrane interne en est littéralement incrustée.

L'ovaire gauche est perdu au milieu d'adhérences épaisses qui le soudent à la trompe et aux parties voisines; son extrémité terminale libre contient *un tubercule ramolli* du volume d'une noisette; son tissu est très-dense, comme carnifié, et contient très-peu de follicules.

La trompe gauche est aussi développée que la droite, ses parois sont très-épaissies, et elle contient de même *un mélange de pus et de matière tuberculeuse ramollie.*

L'utérus a considérablement perdu du volume qu'il avait dans les premiers temps de la maladie; son col, autrefois si saillant dans le vagin, fait à peine saillie dans ce conduit; il n'offre pas d'ulcération, et seulement une coloration violacée; il mesure 22 millimètres de droite à gauche, et

20 millimètres d'avant en arrière. La longueur totale de l'utérus est de 77 millimètres. Les parois du corps de l'utérus sont un peu hypertrophiées, ainsi que le ligament rond du côté gauche; la cavité interne du corps de l'utérus est tapissée de pus concret. Pas de dilatation de l'orifice interne des trompes.

Cavité thoracique. Infiltration tuberculeuse miliaire du poumon droit dans toute son étendue; infiltration tuberculeuse commençant du poumon gauche; cœur mou et peu volumineux, sans autre altération.

Réflexions. Dans ce cas encore, l'ovaire semble s'être détruit et la pelvi-péritonite s'être ouverte dans le rectum par le mécanisme que nous indiquions plus haut. Cette ouverture artificielle a donné lieu aux mêmes accidents que l'ouverture naturelle dans le cas précédent, inflammation du rectum et fièvre. La femme, examinée pendant la vie par un observateur attentif, avait été regardée non comme atteinte de lésion tuberculeuse, mais comme affectée d'ovarite suppurée. Ce diagnostic a été confirmé par l'autopsie; mais, dans le toucher rectal, la tumeur, que le Dr Aran avait crue être l'ovaire, était la trompe fortement distendue.

Le *spéculum* est loin de donner des renseignements aussi précieux. Dans les faits que nous avons pu examiner, rien ne pouvait, par l'emploi de cet instrument, faire soupçonner l'existence d'une lésion tuberculeuse. Quelquefois une ulcération du col, sans caractère spécial, était tout ce que l'examen permettait de constater. Le col de l'utérus est en effet bien rarement atteint dans la tuberculisation génitale, contrairement à l'assertion de Lisfranc (1).

Suivant lui, au contraire, « quand on pratique le toucher, on rencontre sur l'organe des saillies isolées, discrètes ou

(1) Lisfranc, *Cliniques de la Pitié*, t. II, page 661.

confluentes; quelquefois les tubercules sont en masse et forment une tumeur unique; à mesure que ces tubercules suppurent, il est ordinairement facile de reconnaître la fluctuation dans l'épaisseur du col utérin; bientôt le pus coule à l'extérieur; il est floconneux, caséeux, séreux, il entraîne avec lui de la substance tuberculeuse. Nous avons observé à l'hôpital de la Pitié une femme chez laquelle, chaque fois que nous appliquions le spéculum et que l'extrémité inférieure de la matrice était embrassée, comprimée par la partie supérieure de l'instrument, on voyait jaillir d'un petit trou pratiqué dans les tissus une assez grande quantité de matière purulente; elle formait un jet continu du volume de 3 ou 4 fils réunis; nous avons guéri cette malade D'autres fois, l'ouverture de l'abcès ou des abcès, car on en voit souvent plusieurs, produit de larges et profondes ulcérations dont la physionomie est mauvaise et qui sont compliquées de douleurs lancinantes.

Selon le Dr Ch. West (1), de temps en temps on trouve sur le vivant, à la surface de l'une ou des deux lèvres de l'orifice utérin, des dépôts d'une couleur jaune du volume d'un pois, quelquefois plus petit, ayant l'apparence de petits dépôts de tubercules jaunes. En les piquant, on donne issue à une petite quantité de matière de la consistance du pus, ou même un peu plus ferme et ayant une apparence granuleuse au microscope. Ces dépôts ont été regardés comme tuberculeux, et l'autorité de Kiswih peut être invoquée à l'appui de cette opinion. Cet aspect m'est familier, mais je ne suis pas tout à fait convaincu de son caractère tuberculeux, et j'incline à considérer ces petites saillies comme l'effet d'une hypertrophie de quelques follicules de Naboth, avec oblitération de leurs orifices et altération de leur contenu.

(1) Dr Ch. West, *On diseases of Women*, année 1856, page 331.

D'après Snowbeck, la portion vaginale du col de la matrice peut être envahie par la production tuberculeuse. Il dit que, dans les cas qu'il a vus, c'étaient des granulations superficielles, petites et luisantes, ou même des érosions, ou de petits abcès qui semblaient partir d'une infiltration des follicules, et se réunir d'ordinaire en petits groupes.

Rokitansky dit n'avoir jamais découvert de tubercules sur le col de l'utérus. Dans les observations de Paulzen, rien ne justifia les assertions précédentes ; tout nous semblait devoir faire rejeter les opinions de Lisfranc, qui a eu sous les yeux des abcès des follicules de Naboth, celles de Showbeck et de Kiswih. Nous acceptions parfaitement l'opinion de M. Ch. West quand nous avons lu l'observation suivante :

Obs. XXXIII (1).— Une femme âgée, folle, misérable, qui, durant trente ans de résidence à Bedlam, s'était montrée triste et méchante, devint, quelques mois avant sa mort, plus communicative, vive et d'un meilleur caractère. Elle mourut épuisée en apparence, mais sans aucune manifestation de maladie organique en activité.

Autopsie, 3 avril 1850.

Corps très-émacié, face pâle et ridée, vaisseaux de la surface du corps exsangues. Le crâne était peu épais, la dure-mère saine, l'arachnoïde transparente, la pie-mère infiltrée par beaucoup de sérosité claire; elle occupait à la surface du cerveau les intervalles des circonvolutions, qui étaient atrophiées, ridées et séparées les unes des autres. Beaucoup de ces espaces auraient facilement logé l'extrémité de l'index. A la coupe, le cerveau présentait de nombreux points rouges, mais sa surface était ferme et blanche. Les ventricules contenaient une petite quantité de sérosité claire.

(1) Dr Holmes Coote, Esq. *Upon tuberculosis of the uterus*, in *London medical Gazette*, 1850. New serie, vol. X, page 1023.

Cervelet sain. Quand on enleva le cerveau, il s'écoula de la base du crâne une quantité considérable de sérosité.

Il existait quelques adhérences de date ancienne, fermes, entre les plèvres, des deux côtés de la poitrine. Du côté droit, une bande épaisse, dure, unissait la surface du poumon à la cinquième côte, dans une étendue égale à la largeur d'un schelling. En la rompant, on voyait qu'elle servait de limites à un petit abcès rempli de pus bien formé, et dans celui-ci on trouvait un morceau d'os nécrosé exfolié d'une côte.

Les deux poumons étaient infiltrés du sommet à la base par de petits tubercules miliaires de couleur gris clair et demi-transparents. Il n'y avait pas d'excavation. On trouvait seulement dans deux ou trois points une apparence très-légère de ramollissement tuberculeux commençant.

Le péricarde contenait environ une demi-once d'un liquide jaune clair. Le cœur était sain.

Dans l'iléum et le cæcum il y avait de nombreuses ulcérations circulaires, à bords élevés; quelques-unes avaient presque perforé la paroi intestinale, toutes étaient distinctes les unes des autres, même au voisinage de la valvule iléo-cæcale. Les ganglions mésentériques étaient augmentés de volume et tuberculeux. En détachant les viscères abdominaux de l'intérieur du bassin, on constatait la présence d'une adhérence solide formant une bande qui rattachait solidement l'iléum à l'utérus.

L'utérus était plus volumineux qu'il ne l'est d'habitude à l'état de vacuité, il était très-allongé. Le museau de tanche était enfoncé si profondément qu'il fallait apporter un certain soin pour l'extraire du bassin. Sous le péritoine transparent on voyait d'innombrables points jaunes qui, bien que réunis, restaient cependant distintes; ils étaient du volume d'une tête d'épingle environ. Les deux ovaires, légèrement augmentés de volume, étaient converts de dépôts jaunes semblables; leur tissu en contenait également.

La trompe droite, plus épaisse qu'à l'ordinaire, *était complétement fléchie derrière la surface postérieure de l'utérus*, auquel l'ovaire correspondant adhérait fortement.

L'ovaire gauche était fixé à la courbure de l'S iliaque.

L'orifice de l'utérus paraissait gonflé et ouvert.

Une légère pression exercée sur l'utérus en fait sortir une quantité de liquide jaune, rougeâtre, muco-purulent, sanglant. En ouvrant l'utérus et son col, on voyait que toute la cavité était tapissée par une couche épaisse de plusieurs lignes de cette variété de tubercule opaque, jaune, d'apparence caséeuse, que l'on trouve si souvent dans la prostate ou le testicule. Elle se laissait détacher facilement en râclant avec le dos d'un scalpel. On trouvait sous cette couche le tissu utérin rugueux, et infiltré dans toute son épaisseur par des dépôts semblables, en masses de divers volumes. Le col de l'utérus, qui au doigt paraissait mou, dentelé et déchiré, présentait une large surface ulcérée, désorganisée, couverte de pus, de tubercule ramolli, d'épithélium, et de fragments de membrane muqueuse. Il eût été, je pense, impossible de distinguer pendant la vie cet état de l'utérus de l'ulcération cancéreuse commune.

Le dépôt, pris en différents points, fut examiné avec soin au microscope. Il était formé exclusivement par les formes les plus dégradées du tubercule. La plus grande partie était composée de matière granuleuse, soluble dans la liqueur potassique. Parmi les granules, il y avait quelques cellules imparfaitement développées, petites en largeur, remplies de granules, et présentant une faible apparence de noyau.

Le foie, le pancréas et les autres organes, étaient sains.

Ce fait nous semble infiniment plus démonstratif que ceux que nous citions auparavant et qui manquaient de tous les détails nécessaires pour entraîner la conviction. Cette manifestation n'en reste pas moins une des plus rares dans la tuberculose génitale, et nous partageons l'opinion de Scanzoni (1), qui, dans l'analyse qu'il a donnée du mémoire de Thiry dit :

Lorsqu'enfin l'auteur émet l'idée que la tuberculisation

(1) Canstatt's, 1852, page 407. Von Scanzoni, thiry: *Presse médicale*, 1852, nos 1-3.

de l'utérus se développe le plus souvent au col et notamment à la portion superficielle, on est forcé d'admettre qu'il avait devant les yeux autre chose que des tubercules.

Dans des cas semblables, le spéculum rendra des services manifestes en l'associant aux autres modes d'exploration; car il est évident que si les caractères de l'ulcération rappellent ceux du cancer, il en est tout différemment des autres symptômes que nous avons notés et de ceux que nous allons exposer, quand, au lieu d'examiner les manifestations dans les organes génitaux eux-mêmes, nous chercherons à nous éclairer par les signes péritonéaux.

Le spéculum pourra quelquefois permettre aussi de reconnaître les lésions qui occupent le vagin ; elles sont rares aussi, mais un peu moins que la précédente probablement.

Elles sont d'ailleurs de divers ordres: dans l'observations de M. Reynaud, ce sont des ulcérations qui ont rappelé aux observateurs les lésions tuberculeuses de la trachée et du larynx.

OBSERVATION XXXIV.

Pleurésie chronique. — Plus tard, symptômes d'hydrocéphale aigue. — Mort. — Épanchement considérable de sérosité dans les ventricules cérébraux. — Tubercules du poumon. — Transformation tuberculeuse de la surface interne de l'utérus et des trompes (1).

Victorine D....., 39 ans, bijoutière, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Jean, n° 3. Réglée à l'âge de 12 ans, elle l'avait été régulièrement jusque vers le milieu de l'année 1829. Mère de sept enfants, ayant toujours eu des couches

(1) Raynaud, *Archives générales de médecine*, 1re série, tome XXVI, 1831, page 486. — *De l'affection tuberculeuse de l'utérus.*

très-heureuses, n'ayant jamais eu d'hémoptysie, non sujette aux rhumes, elle avait joui jusqu'à cette époque d'une bonne santé. Vers le mois d'août survinrent des symptômes de pleurésie, un épanchement dans le côté droit de la poitrine fut constaté. Après trois mois d'un premier séjour à l'hôpital, la malade en sortit, mais sans avoir recouvré une parfaite santé. Un mal de tête continuel, qui datait de quinze jours, la força d'y revenir une seconde fois ; elle fut admise le 3 mai 18 0.

Une céphalalgie générale, une forte migraine, avaient débuté tout à coup, et sur le soir accompagnées de frissons irréguliers et de douleurs dans les membres. Pendant les huit premiers jours, quoique souffrante, elle avait continué son travail accoutumé. Au bout de ce temps, l'appétit, d'abord diminué, se perdit complétement, la bouche devint mauvaise, il survint quelques envies de vomir ; les selles, d'abord rares, se supprimèrent; toute occupation devint impossible, et des frissons irréguliers, non suivis de chaleur, furent chaque jour observés.

Voici dans quel état la malade se trouvait le 5 (suivent les détails de l'observation; les symptômes observés furent ceux d'une méningite à laquelle la malade succomba le 8 mai).

Autopsie faite quarante-huit heures après la mort. — Aucune trace de putréfaction, embonpoint assez marqué, chairs fermes, raideur cadavérique encore persistante.

Tête. Vaisseaux extérieurs de la dure-mère gorgés de sang. Circonvolutions du cerveau un peu déprimées et un peu sèches. Dans l'intervalle de quelques circonvolutions, une petite quantité de sérosité trouble.

Partout on enlève les membranes, en laissant intacte la substance cérébrale. Ramollissement léger du centre ovale de Vieussens. Dilatation extrêmement prononcée des ventricules, remplis d'une sérosité un peu moins transparente que d'habitude.

Une assez grande quantité de sérosité un peu louche existait à la base du crâne. Sur le bord saillant de la face supérieure du cervelet, ainsi qu'autour de la racine de la

quatrième paire droite, se trouvait sous l'arachnoïde et dans l'épaisseur de la pie-mère, une petite quantité d'une matière à demi solide, jaune, semblable à du pus concret.

Rien de remarquable dans le reste de l'encéphale.

Parties génitales. Le vagin ayant été fendu le long de la face supérieure, on vit une matière semblable à des tubercules ramollis, mêlée de mucus s'écoulant par le moyen d'une légère pression de la cavité du col de l'utérus. En même temps, la surface du vagin se trouvait criblée d'une multitude d'ulcérations, les unes de la largeur d'une lentille, les autres de celle d'un centime; les bords en étaient irréguliers, et le fond rouge. Elles étaient beaucoup plus nombreuses sur la face postérieure du vagin que sur ses côtés, et il n'en existait point sur son bord antérieur, celui qui est en rapport avec la vessie. Les parties intermédiaires aux ulcérations étaient très-injectées.

L'utérus avait un peu plus de 3 pouces de hauteur (8 centimètres); fendu en long, sa largeur était de 2 pouces et demi (5 centimètres et demi); son épaisseur dans les points où elle est le plus considérable était d'environ 1 demi-pouce (1 centimètre 3). La lèvre antérieure était légèrement tuméfiée.

La surface interne de cet organe était recouverte d'une couche de matière tuberculeuse. La partie superficielle de cette couche était libre, et s'enlevait facilement par un léger grattage, pendant que la plus profonde était combinée avec la substance même de l'utérus. Cette couche avait une ligne environ de profondeur, et son épaisseur était plus considérable à la face postérieure de l'organe qu'à sa face antérieure. Elle était d'ailleurs fort inégale et se trouvait divisée par une foule de sillons entrecoupés, ce qui lui donnait un aspect un peu mamelonné. En raclant avec un scalpel, on pouvait voir que des vaisseaux sanguins de l'utérus pénétraient dans cette couche, ou, pour mieux dire, que c'était le tissu lui-même de l'organe, d'où s'élevaient une multitude de fines végétations qui se trouvaient comme

coiffées de la matière tuberculeuse indiquée, laquelle aussi en comblait les intervalles.

Dans l'épaisseur du corps de la matrice, se trouvait un petit tubercule cru, du volume d'un petit pois, sans communication avec la surface interne de l'organe.

Une matière tuberculeuse, semblable à celle contenue dans la matrice, remplissait les deux trompes. Leur surface interne était ridée et frangée, et c'était aussi le long de ces franges et de ces plis, et dans leurs intervalles, que se trouvait la matière tuberculeuse. L'une des trompes était oblitérée à son extrémité libre.

Les ovaires contenaient dans leur épaisseur plusieurs kystes séreux.

Tube digestif. Estomac. Ramollissement et destruction d'une partie de la muqueuse.

Intestin grêle. Vers son milieu et près de sa terminaison, existaient deux ulcérations à bords saillants, irréguliers. Au fond de l'une on voyait le tissu cellulaire sous-muqueux, épais, grisâtre. Le péritoine dans le point correspondant était parsemé de grains tuberculeux, et une injection rayonnée très-marquée existait à l'entour. Les papilles muqueuses voisines de cette ulcération étaient très-développées, très-saillantes; quelques-unes étaient blanches à leur sommet, comme si elles eussent été transformées en une matière semblable à la matière tuberculeuse.

Gros intestin. Ramollissement de la muqueuse.

Le *péritoine* mésentérique présentait quelques petites plaques grisâtres formées par de la matière tuberculeuse crue et disposée sous forme rayonnée. Sur la portion de cette membrane qui recouvre le corps de l'utérus, on voyait une foule de membranules séreuses flottant sous l'eau, sous forme de feuillets transparents ou de petites vésicules.

Le foie et les reins n'ont offert rien de notable.

La rate était volumineuse. Une plaque cartilagineuse, de la largeur et de l'épaisseur d'une pièce d'un franc, existait sur sa surface extérieure.

Poumons. Des adhérences non récentes et plus étendues à droite qu'à gauche unissaient les poumons aux parois du

thorax. Dans leurs sommets, surtout le gauche, on trouvait une grande quantité de tubercules.

Reflexions.—L'utérus était, comme on l'a vu, plus volumineux que de coutume. « Quant à la matière tuberculeuse, sur la nature de laquelle on ne pouvait élever aucun doute, elle formait deux couches, l'une libre, pouvant facilement se détacher, l'autre adhérente au tissu même de l'organe. La première ne saurait être considérée que comme une sécrétion de la surface interne de l'organe ou comme un produit de la transformation de matières exhalées sous une autre forme, tandis que la seconde semble assez évidemment résulter de la transformation en matière tuberculeuse du tissu même de l'utérus, dans des parties les plus superficielles. Ce qui semble en fournir la démonstration, c'est la présence de vaisseaux sanguins encore existants dans plusieurs points de cette couche.

« L'aspect un peu grisâtre, légèrement transparent, des parties de l'utérus situées au-dessous de cette couche, indiquerait-il un premier degré de transformation tuberculeuse? et ici comme dans le poumon, l'état gris demi-transparent aurait-il précédé l'état jaune et opaque? C'est ce que nous ne saurions affirmer. Notons d'ailleurs que cet état morbide de l'utérus n'a point eu lieu sans être accompagné d'un développement d'activité vitale de sa substance. Ainsi le prouve cette surface végétante dont la couche tuberculeuse recouvre les saillies, et comble les intervalles, ainsi le prouve encore l'augmentation de l'organe dans toutes ses dimensions.

« L'intérieur des trompes utérines présente une altération analogue, mais l'origine de la matière tuberculeuse qui y est contenue semble plus évidente. Elle est en quantité si considérable, que ces conduits en sont distendus au point que leur calibre est plus que quintuplé. Ce n'est donc

que par le fait d'une sécrétion dont le produit s'est successivement ajouté à celui d'une sécrétion plus ancienne, qu'a pu avoir lieu une semblable accumulation. »

L'état du vagin ne passera pas non plus inaperçu. On n'y trouve d'ulcération que dans la syphilis et le cancer. Ici les ulcérations rappelaient par leur forme et leur siége celles de la trachée.

Voici une autre forme en plaque, qui a été observée par M. Namias(1) :

Obs. XXXV. — «J'ai trouvé, dit-il, en ouvrant le cadavre d'une courtisane phthisique, la membrane muqueuse vaginale recouverte dans une grande étendue d'une couche blanc grisâtre, et sur la ligne médiane d'une couleur plus sale que les transsudations plastiques ordinaires. J'ai soumis au microscope un peu de cette matière enlevée par le scalpel; on voyait des amas de granules, avec de la substance amorphe interposée et des globules épars çà et là ; en somme, l'aspect tuberculeux qu'à l'œil nu et au microscope Rokitansky (2) a décrit pour la membrane muqueuse de l'utérus.

Enfin Virchow(3) rapporte le fait suivant de tuberculisation du vagin. Nous le reproduisons parce qu'il diffère des autres par les caractères des tubercules, et parce qu'il coïncidait avec une tuberculisation des voies urinaires.

OBSERVATION XXXVI.

Cas de tubercules du vagin.

Cette lésion a été trouvée sur une vieille femme qui avait souffert de dysurie, et chez laquelle il y avait une affection tuberculeuse très-étendue des voies urinaires. Indépendam-

(1) Namias, deuxième mémoire, page 18.
(2) *Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, n° 21-22 mai 1860.
(3) Virchow, *Archives. Gazette hebdomadaire* 1851, vol. I, p. 371.

ment de l'affection tuberculeuse des reins, on trouvait des granulations grises très-serrées de la partie supérieure de la vessie. La partie inférieure de cet organe, son col et le conduit uréthral étaient fortement hyperémiés, et l'on y trouvait aussi quelques granulations grises dispersées. Une éruption très-analogue existait dans le vagin. Les granulations tuberculeuses disposées par groupes ressemblaient à de petites perles grises. Elles étaient plus clair-semées à l'entrée du vagin que dans le reste de ce conduit. Elles n'étaient ulcérées nulle part. L'examen microscopique a démontré la nature tuberculeuse de ces diverses productions accidentelles.

De la pelvi-péritonite et de la marche.

Nous venons d'indiquer les signes par lesquels se traduit la tuberculisation des organes pelviens, alors que le tubercule reste limité dans ces organes et ne donne naissance à aucun accident inflammatoire de voisinage.

Nous avons fait, pour rendre l'exposition plus nette, une coupure artificielle dans notre sujet; l'attention du médecin est attirée du côté de l'appareil génital par les accidents douloureux, inflammatoires dont ils sont le siége, de même qu'elle serait attirée du côté du poumon, par la toux, le point de côté et la fièvre qui accompagnent les lésions du poumon. Nous avons vu que la péritonite n'était pas constante, mais il est impossible de fixer la proportion de ces cas d'une manière bien rigoureuse, car dans un grand nombre de faits l'état du péritoine n'est pas indiqué.

Quoi qu'il en soit, généralement c'est par un accès de péritonite que l'affection se révèle. Nous n'avons pas à indiquer les caractères de cette affection pour la description de laquelle nous devons renvoyer à l'ouvrage de MM. Bernutz et Goupil, nous devons nous borner à ce qu'il y a de

spécial à notre sujet. La malade est prise tantôt sans aucune cause dont on puisse invoquer l'influence, plus souvent à l'époque menstruelle, de douleurs vives, aiguës, siégeant dans le bas-ventre, s'irradiant dans les reins, les parties internes des cuisses, l'anus, il y a des nausées, des vomissements, du ballonnement du ventre, de la constipation, la fièvre est vive, tout annonce le début d'une péritonite.

Bientôt un peu de rémission se montre dans les symptômes, leur gravité dès le troisième ou quatrième jour est loin de répondre à l'acuité du début, et on peut s'assurer, par l'examen local, que tout se bornera à une poussée de pelvi-péritonite. Rien dans ce début ne peut faire distinguer une pelvi-péritonite séreuse, de bonne nature, d'une pelvi-péritonite qui accompagne une affection tuberculeuse. Ajoutons même que, dans notre opinion, c'est d'ailleurs une hypothèse que nous croyons facile à défendre, il est probable que souvent, au moment de la première inflammation pelvienne, il n'y a pas encore de tubercule dans les organes du petit bassin. Pour nous, cette inflammation, nous l'avons déjà dit, provoquerait le dépôt tuberculeux.

On conçoit dès lors que nous ne cherchions pas à indiquer des caractères différentiels qui n'existent pas.

Ce qu'il y a de spécial, c'est que l'inflammation naît chez un sujet tuberculeux ou scrofuleux, et qu'au lieu de marcher rapidement vers la suppuration ou vers la guérison, elle s'éternise et reste stationnaire, la tumeur que forme la collection péritonéale diminue lentement, puis augmente, et chaque augmentation coïncide avec de nouveaux accidents généraux. De plus, alors même que tout semble devoir annoncer une prochaine résolution et qu'il ne reste plus que ces noyaux indurés, qui persistent quelquefois des mois, même quand la péritonite a paru franche, tout à

coup, une nouvelle pelvi-péritonite se développe sans cause appréciable, et tout se trouve de nouveau dans le premier état.

Ce qui semble le plus spécial, c'est la rapidité avec laquelle dans certains cas la suppuration se produit. Il en était ainsi dans quelques-uns des cas que nous avons cités, surtout ceux qui se rapportent à la suppuration ou à la tuberculisation des ovaires. Dans ces cas, il n'y a rien d'étonnant à ce que la pelvi-péritonite tende de suite à la suppuration. Dans d'autres circonstances, au contraire, cette tendance pourra se manifester plus tard. Mais une pelvi-péritonite survenue en dehors de l'état puerpéral et qui aura suppuré devra éveiller les soupçons sur la cause probablement grave qui aura suscité son développement.

Il y a donc ici deux modes symptomatologiques, il y a surtout ces bouffées d'*inflammation aiguë* qui viennent en quelque sorte se greffer sur un travail *inflammatoire chronique*, que l'on est incapable de faire disparaître. C'est dans ces cas surtout que le nom sous lequel M. Gosselin avait décrit une partie de ces accidents est vrai, c'est un phlegmon subaigu à redoublements, mais dont le siége est dans le péritoine.

Quand ces attaques successives ont lieu, il faut craindre que ce ne soit plus à une péritonite simple que l'on ait affaire, mais à une péritonite tuberculeuse. Nous avons vu la fréquence de cette forme de péritonite à propos de l'anatomie pathologique ; nous n'y reviendrons pas. A partir de ce moment l'affection marche, les foyers ne sont plus toujours seulement contigus aux organes génitaux, ils peuvent exister dans d'autres régions du ventre (observations de M. Pelvet), il se forme des loges. Chacun de ces petits foyers de péritonite peut se conduire pour ainsi dire indépendamment de son voisin. L'un restera séreux,

l'autre au contraire deviendra purulent, et pourra s'ouvrir dans un organe voisin.

Mais il arrive un certain moment où tous les organes sont réunis en masses, où les anses intestinales agglomérées entre elles, soudées à l'épiploon, aux organes génitaux, aux parois abdominales elles-mêmes, ne laissent plus que des loges circonscrites, où, sous l'influence du travail pathologique, de la présence des tubercules, le liquide épanché devient purulent. Alors la fièvre est continue, la cachexie se prononce davantage et la malade meurt épuisée par la diarrhée et les sueurs, dans le dernier degré du marasme.

La mort n'est pas toujours déterminée par les accidents abdominaux, quand la tuberculisation pulmonaire préexiste à la tuberculisation génitale, la gravité des lésions pulmonaires entraîne la mort du malade avant que la dernière période que nous venons de signaler ait pu se développer. Dans quelques cas même où la lésion tuberculeuse semble avoir été secondaire dans le poumon et primitive dans les organes génitaux, c'est encore par le poumon que meurent les malades, parce que l'importance fonctionnelle de ce dernier organe l'emporte de beaucoup sur celle de l'appareil génital.

Il y a d'ailleurs entre le système génital et le système pulmonaire une relation qui se manifeste non-seulement quand tous deux sont tuberculeux, mais même quand le tubercule n'existe que dans le poumon, et que les organes génitaux ne sont le siége que d'une inflammation simplement catarrhale. M. Aran a insisté sur cette relation qu'il a caractérisée sous le nom de *balancement*. Quand un des deux appareils éprouve une exacerbation dans ses manifestations morbides, l'autre se calme et tend vers une guérisont peu durable, car c'est bientôt ensuite lui dont les manifes-

tations pathologiques vont prendre le premier rang. Ce fait était remarquable dans le cas de M. Aran que nous citons plus loin, puisque pendant la vie on avait pu croire la malade atteinte d'une phthisie en évolution, et qu'à l'autopsie on ne trouva que quelques tubercules crétacés dans les poumons.

Nous avons indiqué les terminaisons les plus ordinaires de ces pelvi-péritonites, la guérison, la suppuration et surtout les récidives. Il est un de ces modes de terminaison sur lequel nous devons ajouter quelques mots.

Quand la suppuration se développe dans une de ces loges péritonéales, elle s'accompagne des phénomènes qui accompagnent d'ordinaire ces accidents, frissons, fièvre. Mais au moment où cet abcès enkysté va s'ouvrir, il y a généralement une exacerbation énorme dans tout l'ensemble des symptômes, douleur, fièvre, agitation. Le pouls monte à 120, 140, quelquefois devient presque impossible à compter, la peau est chaude, sèche, le ventre est ballonné, l'état de la malade semble effrayant, et le diagnostic n'est pas encore établi. Puis l'abcès s'ouvre, nous avons montré par nos observations que c'est généralement dans l'intestin, mais ce peut être dans le vagin (voy. Bernutz, vol. II), alors il se fait une grande détente dans l'état de la malade, et quelquefois tout rentre dans l'ordre avec une rapidité surprenante. Les phénomènes se succèdent assez souvent ainsi, quand la pelvi péritonite s'est ouverte ailleurs que dans l'intestin, même alors il peut y avoir amendement dans les symptômes, mais ce n'est plus tout à fait de la même manière.

Quant une pelvi-péritonite s'ouvre dans le gros intestin, il y a préalablement déjà propagation de l'inflammation, amincissement et ulcération des parois ; puis une fois que le pus a pénétré dans le gros intestin, il provoque une toute autre inflammation. Tout à l'heure c'était encore de

l'entérite glaireuse, maintenant c'est de la dyssenterie, les selles sont incessantes, il y a ténesme, les malades sont continuellement sur le vase, tourmentées par des épreintes cruelles. Cet état heureusement s'amende assez vite. Mais si l'abcès est un peu considérable, si l'abcès s'est ouvert dans un point peu favorable, comme dans le cas que M. Pelvet nous a communiqué, et dans lequel l'ouverture s'était faite dans le côlon ascendant, alors d'autres accidents arrivent, à ces selles fréquentes et douloureuses succèdent des diarrhées incoercibles, le marasme et la mort par l'abdomen.

Enfin l'inflammation du péritoine peut envahir tout l'abdomen au lieu de rester limitée. Ce cas est très-rare, on le conçoit, à cause des adhérences qui se forment. La tendance est plutôt vers la limitation, et la dégénérescence de ces poches enflammées vers les productions tuberculeuses. Nous pouvons citer le fait suivant de M. Gosselin comme un bel exemple de cette transformation tuberculeuse d'une pelvi-péritonite qui existait avant la consomption et qui ne paraît pas avoir eu d'abord ce caractère.

OBSERVATION XXXVII (1).

Deux mois environ après des souffrances de bas-ventre assez vagues, constatation de l'existence d'une tumeur dure, rénitente, occupant la fosse iliaque droite. — Deux mois après, ramollissement de cette tumeur. — Incision de cette tumeur fluctuante, dont le pus offre une odeur fétide. — Quelque temps après, constatation du passage dans le rectum de la solution iodée injectée par la fistule hypogastrique. — Quelques semaines plus tard, évacuation spontanée de pus par le vagin. — Persistance de la suppuration, dont l'écoulement continue par les trois fistules hypogastrique, rectale et vaginale, sans retour à la santé. — Quatre à cinq mois après l'incision de la tumeur fluctuante, manifestation des premiers signes de phthisie pulmonaire. — Mort 18 mois après le début des accidents. — Autopsie.

Le 14 juillet 1860, entre à l'hôpital Beaujon, dans le ser-

(1) Bernutz, vol. II, page 451. — Obs. communiquée par M. Gosselin rédigée par M. Tirman.

vice de M. Gosselin, salle Sainte-Agathe, n° 10, B..... , âgée de 25 ans, domestique, qui est venue demander son admission à l'hôpital, parce que depuis deux mois environ, dit-elle, elle souffre du bas-ventre. Depuis ces deux mois cette femme a maigri, pâli, si bien qu'elle ne peut plus faire que difficilement son ouvrage. Elle se plaint d'éprouver dans le bas-ventre une douleur que la pression exaspère, mais qui jusqu'alors ne s'est accompagnée d'aucune réaction fébrile, ni de diarrhée; cette femme d'ailleurs ne tousse pas et n'accuse aucun trouble de la fonction respiratoire. L'examen de l'abdomen fait constater l'existence d'une tuméfaction profonde, mal limitée, dure et rénitente, paraissant siéger dans le ligament large droit, et qui, facilement perçue par la palpation, n'est au contraire accessible ni au toucher vaginal, ni au toucher rectal. La nature de cette tumeur paraît d'autant plus difficile à déterminer que cette femme n'a jamais eu ni enfant, ni fausse couche, et qu'elle ne peut indiquer aucune irrégularité de la menstruation à laquelle on puisse rapporter le développement d'un phlegmon péri-utérin, dont l'existence paraît cependant probable à M. Moutard-Martin, auquel on a soumis cette malade pour avoir son opinion.

Cette tumeur dure, rénitente au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, commence un mois ou six semaines après à se ramollir et à donner dans la fosse iliaque droite une sensation de fluctuation qui bientôt après devient superficielle, de manière à constituer quelques jours plus tard un abcès qui vient faire saillie sous la peau du pli de l'aine droite. M. Gosselin pratique alors une incision un peu au-dessus de l'arcade crurale droite, et donne issue à une quantité considérable de pus fétide. L'écoulement par la plaie reste abondant et franchement purulent pendant quelque temps, au bout duquel il prend un assez mauvais aspect et une odeur de plus en plus fétide qui semble indiquer à M. Gosselin de pratiquer par l'orifice fistuleux des injections faiblement iodées. Mais on est bientôt obligé de les interrompre, non-seulement à cause de la douleur vive que cause l'introduction de la sonde, mais parce que la malade se plaint d'éprouver, immédiatement après chaque injec-

tion, des coliques et du ténesme, et qu'elle offre les accidents d'une sorte de dyssenterie artificielle. Après une interruption de quinze jours à trois semaines, on tente de nouveau de combattre par des injections iodées la fétidité toujours croissante de la suppuration; mais, au bout de trois ou quatre, on est obligé de cesser pour toujours ces injections, parce que chacune d'elles ramenait des accidents semblables à ceux qui avaient lieu antérieurement, et parce que l'on se convainquit après les deux dernières que le liquide iodé, rejeté par la plaie de la région inguinale, sortait par le rectum, comme l'avait indiqué la malade. Il est à noter qu'on n'a pu, cependant, constater l'expulsion ni de gaz, ni de liquides intestinaux par la fistule hypogastrique.

Quelques jours après la cessation des injections, une évacuation purulente assez abondante a lieu par le vagin, l'écoulement diminue les jours suivants, mais il persistait encore le 13 décembre, où, avant d'accorder à cette malade de sortir de l'hôpital, on constate l'état qu'elle présente et qui est le suivant : l'état général, malgré la diminution de la suppuration ne s'est pas sensiblement amendé, la malade reste pâle, amaigrie, et, bien qu'on l'ait soumise à un régime tonique, elle n'a pas recouvré ses forces. De plus cette femme, depuis six semaines environ, a une toux sèche, fréquente, qui fait craindre une tuberculisation pulmonaire commençante, mais qui cependant ne donne encore lieu à aucun signe physique à l'examen de la poitrine, et en particulier à l'auscultation.

Trois semaines après cette sortie, cette femme vient demander à être admise de nouveau à l'hôpital, parce qu'en sortant du Vésinet, où elle a passé quinze jours, il lui a été impossible de reprendre son service, qui était au-dessus de ses forces. Elle est admise, le 8 janvier 1861, salle Sainte-Agathe, nº 8. Les fistules persistent et donnent écoulement, toutes trois, à une faible quantité de pus; il est un peu plus considérable par la fistule rectale que par les deux autres. L'état général est le même que lors de la sortie de l'hôpital,

et il reste à peu près semblable pendant tout le temps de ce second séjour; cependant il est à noter qu'à partir du mois de février on a constaté qu'aux signes rationnels de la phthisie pulmonaire (toux, sueurs nocturnes, amaigrissement), étaient venus se joindre une légère matité à la percussion des régions sous-claviculaires, des craquements secs à l'auscultation et du retentissement de la voix dans les mêmes points. Malgré cela il n'y a pas eu de changement très marqué depuis ce moment jusqu'au 13 mars, où des circonstances particulières (épidémie d'érysipèle), engagent cette malade à sortir une seconde fois de l'hôpital Beaujon.

Cinq mois après, le 21 juillet, elle se représente de nouveau pour y être admise, elle est placée de nouveau salle Sainte-Agathe n° 8. En la recevant on est frappé des progrès considérables qu'a faits la phthisie pulmonaire, pendant le temps que la malade a passé hors de l'hôpital. L'amaigrissement a beaucoup augmenté, elle est fatiguée par une expectoration purulente; on perçoit du gargouillement et de la pectoriloquie dans une grande étendue de la partie supérieure des deux poumons, surtout en avant; enfin elle est en proie à de la diarrhée, à une fièvre continue qui s'accompagne de sueurs abondantes la nuit. La suppuration du phlegmon, au contraire, est presque complétement suspendue, mais non tarie, car en appuyant sur la fosse iliaque droite on fait sortir par l'orifice cutané inguinal, qui persiste depuis l'incision, une petite quantité d'un liquide séro-purulent. L'état de cette malade empire chaque jour; en septembre les cavernes ont considérablement augmenté d'étendue, la respiration est devenue très-difficile, l'alimentation presque nulle, la diarrhée incoercible. Cependant la vie se prolonge, et la malade arrivée graduellement au dernier degré du marasme, ne succombe que le 25 novembre, dix-huit mois à peu près après le début des accidents.

Autopsie. Au sommet des deux poumons existent de larges cavernes presque vides; d'autres cavernes plus petites se rencontrent dans le lobe moyen et même à la base du poumon droit. Dans toute leur étendue les poumons sont farcis

de tubercules à différents degrés d'évolution; adhérences pleurales. Les ganglions bronchiques sont tuberculeux· les ganglions mésentériques au contraire paraissent sains.

Du côté du petit bassin, en soulevant la masse intestinale, nous constatons qu'une anse d'intestin grêle reste solidement fixée par des adhérences au fond de la cavité pelvienne. Les organes pelviens forment une masse compacte, soudés par des fausses membranes dans lesquelles il semble difficile, au premier abord, de distinguer ces différents organes.

Entre l'utérus et le rectum existe une tumeur du volume d'une orange, paraissant faire corps avec les deux organes, auxquels elle est unie et spécialement avec l'utérus. En incisant cette tumeur on pénètre dans une large cavité qui est à peu près remplie par une masse de matière caséiforme, du volume du poing d'un enfant; cette matière jaunâtre, demi solide, légèrement friable, offre la plus grande analogie avec la production qui constituait les ganglions bronchiques. Les parois de la poche, que contient cette matière d'apparence tuberculeuse, présentent une grande épaisseur, résultant surtout de celle qu'offre sa membrane interne. Celle-ci est tellement organisée, qu'il est impossible de reconnaître en elle le péritoine, ou de savoir si elle est de formation nouvelle. Vue par sa face interne, elle offre l'aspect d'une membrane pyogénique ancienne, ou plutôt l'aspect des membranes qui tapissent les cavernes pulmonaires. La poche accidentelle présente trois ouvertures. L'une, située au côté droit, conduit dans un trajet fistuleux, long de 0,10 à 0,12 qui vient déboucher dans la région inguinale droite par l'incision qui a été pratiquée pendant la vie et qui ne s'est jamais cicatrisée complétement. L'orifice postérieur s'ouvre dans le rectum, au-dessus du sphincter interne. L'orifice inférieur communique avec le vagin.

La trompe gauche paraît faire corps avec la face externe de la cavité accidentelle, et son pavillon se continue avec l'enveloppe de cette poche. En ouvrant une des circonvolutions de cette trompe, dont le calibre est un peu agrandi,

on peut y faire pénétrer un stylet ; mais il est bientôt arrêté au niveau du pavillon par une oblitération complète de ce conduit. En retournant ce stylet, si l'on presse un peu fort sur lui, on fait une fausse route au travers des parois de la poche dans laquelle l'instrument vient alors saillir. Cependant cette trompe, dont les parois sont épaissies, est perméable du côté de la matrice et a pu être ouverte jusqu'au moment où elle s'engage dans les parois utérines. Il a été impossible dans les dissections de retrouver aucun vestige de l'ovaire gauche.

La trompe droite, bien que contournée sur elle-même et soudée à l'utérus par des adhérences, est restée perméable et ne présente aucune altération appréciable. Il en est de même de l'ovaire correspondant, qui a son volume et son aspect normal. L'utérus ne présente également rien d'anormal, ni dans sa structure, ni dans les dispositions de sa cavité.

Les autres organes n'offrent rien de notable.

Réflexions. — Ainsi, aucun organe tuberculeux dans le petit bassin. L'abcès péritonéal seul se charge de ce produit morbide et cela à la suite d'un travail inflammatoire de dix-huit mois. Rien ne nous semble plus propre à démontrer ce que nous disions du tubercule au commencement de cette thèse, que ce fait que nous venons de rapporter.

Tels sont bien sommairement les accidents les plus fréquents auxquels sont exposées les femmes atteintes de phthisie génitale. Ce ne sont pas les seuls, il en est d'autres plus rares que nous devons cependant signaler. Ainsi, la *phlegmatia alba dolens,* qui peut avoir sa cause dans la lésion génitale. Dans un cas, il y avait même oblitération complète de la veine iliaque.

Nous devons signaler aussi les accidents possibles du côté *de la vessie*, et enfin ceux qui existaient dans un cas de M. Aran et dans un autre de M. Bernutz

du côté du tissu cellulaire, des ligaments larges. On conçoit, en effet, que là comme ailleurs, comme autour du cæcum, par exemple, le tissu cellulaire puisse être solidaire des affections de l'organe qu'il entoure.

Enfin, il est une conséquence des tubercules génitaux sur laquelle nous devons insister un peu plus, parce qu'elle a fort préoccupé les auteurs allemands : c'est l'influence de la tuberculisation de l'utérus sur la conception et l'accouchement. Il est évident, après ce que nous avons dit des tubercules, de l'utérus et des trompes, et surtout de l'état habituel des ovaires, que dans ces conditions les femmes sont stériles ; cependant, quelques-unes restent menstruées presque jusqu'à la fin de leur vie : une conception dans ces conditions nous semble encore bien difficile.

Quant à la tuberculisation, on conçoit qu'elle puisse se développer pendant la grossesse, et il nous semble qu'alors encore on comprendrait difficilement que la grossesse suivit son cours régulier. Toutefois, quelques auteurs ont publié des cas dans lesquels la tuberculisation utérine aurait même mis obstacle à la parturition.

On trouve dans les *Archives*, sous le titre *Dystocie attribuée à la présence de tubercules de l'utérus*, une observation du professeur Osiander, de Gottingue (*Archives générales de médecine*, série III, tome XI, année 1841, page 104). L'absence de détails anatomiques suffisants, et l'absence de renseignements sur l'état des autres organes mêmes des poumons ne nous permettent pas d'ajouter la moindre confiance à l'interprétation donnée à ce fait. Pour nous, il semble que ces tumeurs étaient de nature fibreuse, altérées à leur centre comme on le voit quelquefois dans l'utérus, surtout lorsqu'il est enflammé.

Le fait le plus probant qui ait été publié est celui que M. Hardy a présenté à la Société anatomique. Les mem-

bres n'ont pas protesté contre l'interprétation anatomique donnée aux tumeurs qui occupaient le placenta et l'utérus. Aussi, nous le rapportons ici, quoique nous conservions encore quelques doutes.

OBSERVATION XXXVIII.

Note sur les tubercules dans le placenta et dans l'utérus chez une femme morte phthisique; par M. Hardy, interne des hôpitaux (1).

Au 1er janvier 1832, Marie N....., blanchisseuse, âgée de 35 ans, présentait tous les signes de la phthisie pulmonaire; elle se disait enceinte de sept mois et sentait parfaitement remuer son enfant. Le 6, elle succomba. Immédiatement après la mort on lui fit l'opération césarienne pour tâcher de sauver le fœtus, s'il était possible, mais il n'était déjà plus vivant.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain. Les poumons étaient extrêmement adhérents à la plèvre, tous les deux présentaient des tubercules ramollis et en grand nombre dans les parties antérieures et supérieures; vers ce point il existait encore des cavernes. De plus, le poumon droit présentait des traces évidentes de congestion sanguine, il paraissait augmenté de volume.

Le foie n'avait pas l'aspect qu'il offre ordinairement chez les phthisiques; il avait à peu de chose près son volume et sa couleur accoutumés. La rate était bien plus petite qu'à l'état normal. Dans aucun de ces deux organes on ne trouva de tubercules, mais il n'en fut pas de même de l'utérus et du placenta.

A sa surface externe l'utérus offrait un assez grand nombre de petites saillies sous le péritoine; en les incisant on les reconnaissait pour des tubercules à l'état cru; il n'en existait pas de semblables dans l'intérieur du tissu de la matrice, ni près de sa face interne. Alors souvent on a observé des tubercules dans l'utérus; mais ce que les auteurs n'ont pas signalé comme pouvant se rencontrer dans la phthisie pulmonaire, c'est l'existence des tubercules dans le placenta. Ici, ces produits morbides, au nombre de huit ou dix, sont disposés çà et là sur la face utérine de cet organe. Quelques-uns sont gros comme des pois; deux ont à peu près le volume d'une noisette; ils sont d'une couleur blanchâtre, assez résistants, on pourrait bien les prendre pour du tissu squirrheux, si la

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1834, p. 125.

coexistence des tubercules dans le poumon, dans l'utérus et dans le même organe ne devait les faire rapporter à ce dernier genre de production morbide. En examinant la face fœtale du placenta on aperçoit et on sent sous le doigt une grande quantité de petits tubercules miliaires recouverts par la membrane de l'amnios.

Les organes du fœtus étaient à l'état normal, ils ne présentaient aucune trace de maladie tuberculeuse.

Des tubercules miliaires et des tubercules crus pourraient ainsi se développer aux dépens des annexes du fœtus. Nous pensons qu'une certaine réserve doit être gardée jusqu'à preuves nouvelles.

2. *Tuberculisation génitale primitive.*

Nous venons de suivre la marche de la tuberculisation débutant par le poumon, puis envahissant ultérieurement les organes génitaux. Il n'en est pas toujours ainsi. Ceux-ci peuvent être frappés les premiers. Nous croyons établir le fait suffisamment par les observations suivantes. Malheureusement quelques-unes d'elles ont été rapportées sans détails suffisants. Elles n'enforment pas moins, suivant nous, une série qui ne manque pas d'être assez intéressante. Ainsi dans la première observation de M. Siredey, c'est la véritable phthisie pelvienne, il n'y a pas de produit tuberculeux ailleurs. Puis dans les deux suivantes, il y a eu autrefois tuberculisation pulmonaire, mais elle a guéri ; il ne reste que des dépôts crétacés au sommet des poumons, et plus tard il se développe une tuberculisation génitale qui entraine la mort de la malade.

Dans l'observation de Tyler Smith l'affection génitale a précédé les manifestations pulmonaires. Il est probable qu'il en eût été de même dans les cas précédents si des accidents antérieurs n'avaient fait périr les malades.

Enfin nous rapportons l'observation de M. Tomlinson,

qui à elle seule forme un groupe à part. L'utérus était gros comme au troisième mois de la grossesse, et le signe capital fut l'écoulement vaginal.

On voit que cette série, bien que courte, ne manque pas d'intérêt.

Nous rapportons d'abord une observation que nous empruntons à la thèse de M. Siredey (1), c'est un exemple de tuberculisation des organes génitaux en tout point comparable à la même affection se développant chez l'homme. Nous ferons remarquer la tuberculisation du péritoine alors que les trompes seules sont affectées. Les poumons étaient parfaitement sains, quoique pendant la vie on ait pu soupçonner la présence de tubercules dans leur parenchyme. Enfin les résultats du toucher sont importants, parce que les sensations perçues ont pu être interprétées par l'examen cadavérique. La cause peut enfin être rapportée aux accidents qui suivirent le premier accouchement, et la maladie a mis deux ans et demi avant d'entraîner la mort de la malade.

Obs. XXXIX.

Tuberculisation des trompes. — Péritonite tuberculeuse. — Mort.

B... (Louise), couturière, âgée de 26 ans, est entrée à l'hôpital le 23 mai 1859, salle Sainte-Thérèse, n° 33, service de M. Aran.

Cette malade est d'une constitution médiocrement forte, et d'un tempérament lymphatico-nerveux; elle n'a jamais eu, dans son enfance, de gourmes dans la tête, d'ophthalmies, d'engorgements ganglionnaires. Son père et sa mère sont bien portants, ainsi que son frère et sa sœur. Elle n'a jamais eu de maladie sérieuse que depuis qu'elle est accouchée. Elle fut réglée à 18 ans, régulièrement, sans flueurs blanches ni douleurs. Elle se maria à 20 ans et eut deux enfants, le premier il y a deux ans et demi, et le second il y a neuf mois, elle n'a nourri que pendant quelques jours l'un et l'autre de ses enfants. Elle s'est levée le septième jour après son

(1) *Siredey*. Thèse 1860. De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines, pages 123.

premier accouchement, pour sortir de l'hôpital ; elle souffrait beaucoup dans le bas-ventre, ne pouvait se tenir debout, et n'aurait pu reprendre son travail, si une douleur vive avec rougeur et gonflement survenue au même moment au coude gauche, ne l'eût forcée d'ailleurs à rentrer à l'hôpital, dans le service de M. Richet; d'abord, à Saint-Antoine, puis, à l'Hôtel-Dieu, alors qu'il suppléait M. le professeur Laugier. Il existait alors une ankylose pseudo-membraneuse du côté gauche. La malade fut traitée par la méthode de Bonnet. L'avant-bras qui était fléchi à angle droit sur le bras, fut d'abord fléchi entièrement, et ramené ensuite dans l'extension complète. On entendit le bruit caractéristique de la rupture des adhérences, le membre fut ensuite placé dans l'extension, et après quelques jours, M. Richet leva l'appareil pour imprimer des mouvements alternatifs de flexion et d'extension ; mais, à cause des souffrances que réveillaient ces manœuvres, la malade demanda bientôt à sortir, le membre ayant repris sensiblement la même position.

Cependant les douleurs dans le bas-ventre persistaient, la malade n'en avait pas parlé à l'hôpital, dans la crainte d'être examinée devant tous les élèves de la clinique. Elle ne tarda pas à devenir enceinte pour la deuxième fois, et accoucha, il y a neuf mois environ ; elle fut très-souffrante pendant sa grossesse ; elle éprouva de vives douleurs dans le bas-ventre, et commença à tousser sans toutefois cracher de sang. L'accouchement fut heureux, la malade se leva au neuvième jour, et depuis, les douleurs n'ont fait que continuer à se faire sentir dans les reins et à l'hypogastre ; depuis, la toux a augmenté, a été suivi de quelques crachats de sang, d'amaigrissement notable, de perte des forces, de diarrhée. Les règles sont revenues à cette époque, et depuis ont reparu tous les quinze jours, peu abondantes, accompagnées de douleurs vives et de flueurs blanches. La miction est douloureuse et la vulve est le siége de vives démangeaisons.

27 mai. *Etat actuel*. — Amaigrissement considérable, pommettes plaquées d'une coloration rouge ; peau chaude et moite, 24 respirations et 124 pulsations filiformes, régulières ; fausse ankylose dans la demi-flexion du coude gauche avec atrophie du membre et diminution de volume au niveau de l'articulation ; sonorité de la poitrine plutôt augmentée que diminuée en avant, et respiration forte et rude, vibrante sous les deux clavicules. Diminution relative du son aux deux sommets des poumons en arrière ; respiration rude, soufflante ; expiration prolongée. La respiratiom semble plus faible à gauche, où il existe en même temps un retentissement

notable de la toux et de la voix. Toux fréquente, expectoration abondante, formée de crachats opaques, spumeux, jaunâtres ; bruit de souffle continu, très-fort sur les parties latérales du cou.

Langue humide, sans enduit ; pas d'appétit, vomissements muqueux, surtout le matin après les quintes de toux. Ventre très-volumineux, tendu à la percussion, foie augmenté de volume et refoulé sous les fausses côtes par les gaz de l'intestin. Sensibilité très-grande dans la fosse iliaque droite, dans toute la partie sous ombilicale de l'abdomen, et s'exaspérant à la pression.

Vagin extrêmement chaud, mucosités abondantes. Le col de l'utérus est porté très-fortement en arrière et à gauche; à gauche, on sent distinctement une tumeur ovoïde, du volume d'un petit œuf, un peu irrégulière et occupant la partie latérale de l'utérus, dont elle est toutefois séparée par un sillon qu'on retrouve seulement par le toucher rectal ; à droite également, et par le même procédé d'exploration, un peu en bas sur les côtés de l'utérus, on sent une seconde tumeur de même forme, de même volume, mais dans laquelle on ne trouve pas les caractères d'inégalités onduleuses que présente quelquefois l'ovaire ; on rencontre en outre des brides formant une rénitence diffuse, dans laquelle semble englobés l'utérus et les tumeurs précédemment signalées avec les annexes.

En touchant la malade debout, on constate que le col est porté très-haut en arrière et à gauche; le corps semble incliné à droite et en antéversion ; œdème mou de la paroi latérale gauche du vagin : impossibilité d'entrainer le col de l'utérus à droite. Vu au spéculum, le col est irrégulier, déformé, chagriné, induré, d'un volume médiocre ; une ulcération superficielle, d'un rouge vif, entoure son orifice qui est entr'ouvert. Desquamations épithéliale de la vulve qui est rouge et humide.—4 pilules d'extrait d'olivier, de chacune 0,10 centigr.; frictions sur la poitrine avec huile de croton 30 gouttes; cataplasmes arrosés d'huile de camomille camphrée sur le ventre ; 2 quarts de lavement laudanisé ; une portion.

10 juin. Les symptômes étaient sensiblement les mêmes, quand, dans la nuit, la malade fut prise subitement d'une douleur très-vive dans le ventre. Profonde altération des traits; face grippée, nez effilé, froid. Refroidissement des extrémités. 140 pulsations, filiformes, misérables ; 32 respirations costo-supérieures. Ventre très-gros, avec chaleur et douleur très-vive. La malade précise l'hypogastre et les flancs comme étant le siége de la plus vive douleur. Un épanchement de liquide s'est fait dans des adhérences anciennes probablement, car il y a de la matité aux flancs et de la

sonorité à l'hypogastre. Langue sèche, vomissements bilieux, verts porracés, abondants, soif vive.—Glace, eau de Seltz; 2 pilules d'opium, de chacune 0,05. Fomentations laudanisées sur le ventre.

Le 11, les vomissements continuent, ainsi que les douleurs de ventre. L'altération des traits est plus grande encore, et la malade meurt sans délire, le même jour à onze heures du soir.

Autopsie le 13 juin à six heures du matin.

L'abdomen est énormément distendu, l'épiploon est couché sur la masse intestinale, qu'il recouvre jusqu'au niveau et au-dessous du pubis; il forme une couche épaisse de 3 à 4 millim., très-vivement injectée dans certains points, et infiltrée d'un nombre immense de granulations jaunâtres. Adhérences de l'épiploon à la paroi abdominale, depuis l'ombilic jusqu'au pubis, où elles sont très-courtes, très-molles et se déchirent facilement. Quelques litres de sérosité trouble sont accumulés dans les flancs et dans la cavité pelvienne. Par une disposition singulière, tandis que le liquide est surtout en abondance dans les flancs, des anses intestinales le surnagent et sont accolées à la paroi abdominale antérieure, et à la face postérieure des pubis. De nombreux tubercules jaunâtres, du volume d'un pois, existent à la surface de l'intestin, avec des arborisations vasculaires très-abondantes, et des fausses membranes déchiquetées, déposées dans les parties déclives et peu adhérentes.

La rate mesure de 16 à 17 cent. dans le sens vertical sur 8 transversalement; son tissu est noirâtre.

Le foie adhère au diaphragme; est atrophié dans son lobe gauche, tandis que le droit est énorme, passe à l'état graisseux et nage entre deux eaux.

Il n'existe pas un seul tubercule dans le poumon, ni dans les ganglions bronchiques qui paraissent très-sains. On remarque une congestion pulmonaire intense, surtout aux lobes inférieurs et aux bords postérieurs.

On renouvelle les touchers vaginal et rectal qui donnent lieu aux mêmes sensations que pendant la vie. On retrouve les deux tumeurs signalées *et l'on peut reconnaître en portant les yeux dans le bassin, que ces deux tumeurs qui existent de chaque côté de l'utérus sont dues à une altération des trompes que nous* décrirons plus loin.

L'utérus est incliné par son fond du côté droit; le col regarde à gauche. La matrice est soudée avec le rectum par des adhérences ètrs-épaisses, très-résistantes et formant une espèce de plancher

qui ferme l'espace compris dans l'intervalle des deux ligaments utéro-sacrés ou de Douglas. Au-dessous de ce plancher existe, comme enkystée au milieu de fausses membranes, une certaine quantité de sérosité. Toutes les annexes de l'utérus sont recouvertes de fausses membranes jaunâtres, friables, épaisses, présentant çà et là des points ecchymotiques. Le tissu cellulaire intermédiaire à l'utérus et à la vessie est considérablement épaissi, et présente une infiltration séreuse. L'utérus mesure verticalement 0,065 millim. dans sa totalité. On trouve 0,04 centim. en mesurant le fond de l'insertion d'une trompe à l'autre. L'angle supérieur droit du corps de l'utérus descend plus bas que le gauche, ce qui nous explique à un certain point la direction du col. Au niveau de l'orifice de ce dernier, il existe une ulcération très-superficielle qui ne pénètre pas dans la cavité cervicale. Les muqueuses du col et du corps communiquent librement et présentent une coloration noirâtre.

Les deux trompes, très-hypertrophiées, se présentent sous la forme de deux petits intestins, avec des bosselures, des inégalités, des ondulations; toutes deux sont distendues par une matière tuberculeuse jaunâtre, concrète, épaisse, ressemblant à de la bouillie, qui reflue par la pression des trompes dans l'utérus. La gauche mesure 0,11 cent. de longueur, son volume est celui d'une petite pomme. Son pavillon est libre, ouvert et laisse également s'écouler à la pression la matière tuberculeuse. La trompe droite est un peu plus courte que la précédente, mais elle a sensiblement le même volume et présente les mêmes altérations.

L'ovaire gauche, ratatiné, est un peu atrophié; le droit, au contraire est d'un volume considérable *mais ne contient, non plus que celui du côté opposé, aucun follicule de Graaf reconnaissable à l'œil nu.* Des fausses membranes en très-grand nombre, très-épaisses, très-fermes, et par conséquent de date déjà ancienne, soudent entre eux les ovaires et les trompes. Des fausses membranes ayant les mêmes caractères s'étendent aussi des bords de l'utérus aux annexes, de sorte que tout l'appareil génital se trouvait ainsi réuni en une espèce de masse. Il n'y a pas de pus dans le tissu utérin; autour de l'utérus ni dans les ligaments larges.

OBSERVATION XL.

Tuberculisation des trompes et de l'utérus. — Pas de tuberculisation actuelle dans les poumons. — Traces d'anciens tubercules. — Observation communiquée par MM. Piedvache et Fontan, internes dans le service de M. Bourdon.

Marie-Elise V....., âgée de 55 ans, femme de chambre, entrée le 18 novembre 1863 à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Bourdon, présentait, au moment de son arrivée, une tuméfaction considérable de l'abdomen, accompagnée de douleurs et de vomissements. Il y avait en même temps un état cachectique très-prononcé. La douleur existait surtout au niveau des fosses iliaques, et plus particulièrement du côté gauche. Dans cette région la percursion donnait une matité dont le siége et l'étendue ne se déplaçaient pas par les changements de position, il y avait également une fluctuation circonscrite aux mêmes points. Ces symptômes firent penser tout d'abord à la présence d'un kyste de l'ovaire, compliqué d'une affection organique du petit bassin, en rapport avec l'état cachectique. Le toucher vaginal, qui peut-être aurait pu servir à éclairer le diagnostic, ne put être pratiqué. Les vomissements se sont reproduits à diverses reprises pendant quelques semaines, puis la malade est restée dyspeptique, sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation. En même temps amaigrissement notable de la face et du tronc et œdème des membres inférieurs.

Au commencement de janvier 1864 on ne pouvait plus percevoir la sensation de flot de liquide. Le ventre était très-volumineux, météorisé, présentant au palper des duretés et des inégalités dues aux anses intestinales, dont les bosselures se dessinaient à travers les téguments: on trouvait, en un mot, tous les caractères de la péritonite chronique. L'affaiblissement fit des progrès rapides, le pouls devint insensible pendant les huit derniers jours ; voix éteinte, débilité extrême, type du facies hypocratique. Enfin la malade succomba le 15 janvier, sans agonie, au milieu d'un délire tranquille sans hallucinations.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les altérations propres à la péritonite tuberculeuse. Les anses intestinales sont accolées entre elles, de manière à ne former partout qu'une seule masse adhérente. Les fausses membranes, le péritoine pariétal et viscéral sont constellés d'une multitude de petites plaques tuberculeuses,

d'un gris jaunâtre, dont la grosseur très-variable ne dépasse pas cependant le volume d'une lentille. Cette production pathologique se présente surtout sous l'aspect de granulations miliaires dans la portion du péritoine qui tapisse les organes compris dans le petit bassin. Il existe dans ce point, par suite de l'accollement du paquet intestinal, une sorte de cavité, formée de toutes parts par des fausses membranes, et contenant une très-petite quantité de liquide citrin ; plus élevée à gauche qu'à droite, au-dessus du ligament de Poupart. L'existence de cette cavité accidentelle rend parfaitement compte des phénomènes observés pendant la vie et qui avaient pu simuler un kyste ovarique.

Les ovaires sont d'un volume normal et parfaitement sains. Les trompes sont libres et occupent leur situation ordinaire ; seulement ces organes, très-hypertrophiés, se montrent sous l'aspect de deux gros cordons résistants et flexueux, dont les sinuosités sont bridées par des adhérences celluleuses. Leur intérieur est farci d'une matière tuberculeuse jaunâtre, en voie de ramollissement, et que la pression ne peut faire refluer du côté de la cavité utérine. Celle-ci contient également une matière jaunâtre qui est de même nature.

L'utérus a une consistance très-ferme et est un peu augmenté de volume. Sur cet organe se sont développés des corps fibreux multiples, de grosseurs différentes, durs et arrondis, au nombre de quatre, deux sont logés dans l'épaisseur de ses parois, tandis que les deux autres sont pédiculés, insérés sur le fond de l'utérus et font saillie du côté du péritoine.

Le foie est affecté de dégénérescence graisseuse. Rien de particulier du côté des reins et de la rate.

Les poumons ne présentent aucun tubercule ; mais on trouve des cicatrices à leurs sommets et il y a des adhérences anciennes du côté droit.

L'examen de ces altérations anatomiques démontre suffisamment que l'évolution tuberculeuse n'avait porté que sur les viscères abdominaux ; mais l'existence de cicatrices que l'on rencontre aux sommets des poumons, tandis qu'à une autre époque, dans la jeunesse probablement, il s'était fait du côté de ces organes une poussée analogue qui avait abouti à la guérison.

Dans l'observation suivante, que nous empruntons au livre du Dr Aran (1), il y avait une tumeur constituée par

(1) *Maladies de l'utérus*, etc., page 660.

une masse dans laquelle on ne pouvait plus séparer les éléments des différents organes. Cette masse contenait du tubercule. Cette agglomération des divers organes avait été déterminée par des inflammations successives, et c'est là que le tubercule s'est déposé, alors qu'il ne s'en développait plus dans le poumon, où ceux qui avaient existé avaient subi la transformation crétacée.

OBSERVATION XLI.

Inflammations péri-utérines consécutives à des fausses couches. — Péritonite générale avec tumeur formée par les annexes du côté gauche. — Tuberculisation du rein droit. — Tubercules crétacés dans les deux poumons. — Mort.

Une femme de 31 ans, fleuriste, entre dans mon service le 20 octobre 1857 (hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, n° 4). C'est une femme d'une constitution assez faible, d'un tempérament lymphatico-nerveux, réglée à 18 ans, d'une manière régulière, mais avec quelques douleurs à chaque époque menstruelle. Elle s'est mariée presque immédiatement et n'a eu d'autres maladies que des fausses couches, mais celles-ci ont été très-nombreuses. Elle en a eu sept, et à l'âge de 20 ans un enfant à terme qu'elle n'a pas allaité. La santé a été gravement altérée; à plusieurs reprises elle paraît avoir eu des inflammations du bas-ventre. Deux de ces inflammations ont été traitées dans le service de M. Nonat par des émissions sanguines répétées, la dernière il y a un an. Depuis cette époque elle a conservé des douleurs dans le bas-ventre, plus rarement dans les reins. La malade n'a pas de flueurs blanches habituelles; les digestions n'étaient pas mauvaises; elle avait cependant quelques tiraillements d'estomac, de la constipation, elle était sujette à des lassitudes à la partie interne des cuisses; jamais les rapports sexuels n'avaient été douloureux.

Malgré la faiblesse de sa santé et un état de maigreur naturellement très-prononcé, cette femme continuait de vaquer à ses occupations; jamais elle n'avait toussé, jamais elle n'avait craché de sang. Il y a un mois, l'amaigrissement

fait des progrès rapides, la santé s'est gravement altérée : des vomissements bilieux ont paru, ils se reproduisent chaque jour, et la malade prend le lit.

Rien de comparable à l'amaigrissement de cette pauvre femme, c'est une espèce de squelette. Son pouls, très-vif, faible et dépressible, bat 116 fois par minute ; vingt-quatre respirations, pas de chaleur à la peau. Aucun signe bien certain de tuberculisation pulmonaire, si ce n'est un peu de diminution de sonorité dans les fosses épineuses droites, de rudesse et d'allongement de la respiration à ce niveau. En revanche, le ventre est sensiblement développé dans la moitié inférieure, et une saillie notable se dessine vers la fosse iliaque droite *comme si une tumeur existait en ce point*. Néanmoins la sonorité y est plutôt exagérée que diminuée, ainsi que dans le reste de l'abdomen, excepté toutefois dans une petite étendue au-dessus de la symphyse du pubis.

Le toucher vaginal fait reconnaître que la matrice est dans une antéversion complète, le col porté fortement en arrière, le corps incliné en avant ; en même temps elle est repoussée tout entière vers le côté droit par une tumeur située principalement à gauche, d'un volume considérable, quoique difficile à apprécier, paraissant dure, inégale, irrégulière et fournissant des prolongements le long de la partie latérale gauche et postérieure de l'utérus. Par le rectum on s'assure que cette tumeur descend très-bas et se porte fortement en arrière ; mais toute tentative pour passer derrière le col reste sans succès, tant l'organe est maintenu solidement par des adhérences dans la position qu'il occupe.

La malade reste languissante et meurt dans le marasme le 15 décembre sans avoir présenté de nouveaux accidents.

Autopsie. — En ouvrant la cavité abdominale, on aperçoit le foie couché sur le paquet intestinal, et d'un volume énorme. Son bord inférieur descend jusqu'à 0,04 au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit, tandis que sur la ligne médiane et à gauche il dépasse seulement les fausses côtes de 0,035. L'épiploon et les intestins sont soudés à la paroi abdominale par des adhérences solides et résistantes très-courtes. Il en est de même

de tous les organes renfermés dans le petit bassin, qui sont confondus en une seule masse absolument méconnaissable L'utérus seul peut être découvert; il ne présente rien de particulier, si ce n'est un petit corps fibreux. Impossible de trouver la trompe et l'ovaire du côté droit. Quant à la trompe et à l'ovaire du côté gauche, on ne les trouve pas davantage. A leur place il existe une espèce de masse du volume du poing, de laquelle l'instrument tranchant fait sortir un peu de sérosité accumulée dans de petits kystes et environ 4 onces d'une matière semblable à du plâtre délayé, renfermé dans des espèces de compartiments communiquant les uns avec les autres. Pas de traces de granulations miliaires dans les adhérences péritonéales. Le tissu cellulaire du plancher du bassin est fortement épaissi et induré au pourtour de l'insertion du vagin sur l'utérus.

Le rein droit, profondément caché au-dessous du foie, est très-volumineux; il mesure 0,1 sur 0,065. La surface est irrégulière, hérissée de petites tumeurs de volume variable, depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une petite noisette, formées d'une matière blanchâtre, molle, qui infiltre surtout la substance corticale, et qu'on retrouve également dans la substance tubuleuse (tubercules du rein).

Quelques tubercules crétacés au sommet des deux poumons, mais sans ramollissement ni excavation.

Nous empruntons au premier mémoire de M. Namias la note suivante qui est tout à fait comparable aux observations précédentes.

OBSERVATION XLII.

En janvier 1857, mourut une maniaque de 38 ans, qui fut régulièrement réglée jusqu'au dernier mois de sa vie. Quatre semaines avant de mourir, elle fut prise de fièvre avec un peu de toux et de diarrhée. Nous ne trouvâmes pas de tubercules dans les poumons, mais seulement une légère congestion dans le gauche. Les circonvolutions de l'intestin adhéraient les unes aux autres par des liens fibrineux moux, et beaucoup de granulations blanches, de la dureté du cartilage, faisaient saillie sur tous les viscères couverts par le péritoine. Dans la trompe se trouvait une matière blanche semblable

à la matière tuberculeuse ramollie. La nature de la substance étrangère ne me parut pas pouvoir rester douteuse.

Dans le cas suivant emprunté à Tyler Smith, les faits ne se passèrent pas tout à fait de la même manière. Une tuberculisation pulmonaire que l'auteur regarde comme consécutive vint terminer les jours de la malade. On trouva des tubercules dans les ovaires et dans l'utérus, l'auteur ne parle pas des trompes; il existait une péritonite; nous ne savons si elle était tuberculeuse, mais de toute façon, la tuberculisation génitale parut précéder l'affection pulmonaire. Nous pensons que si les malades de MM. Aran et Siredey avaient pu vivre plus longtemps, il est probable que les choses se seraient passées de la même manière.

OBSERVATION XLIII.

Tuberculisation de l'utérus et des ovaires (Tyler Smith).
Lond. Journ. Févr. 1852.

Une veuve âgée de 35 ans dont le mari, les parents et les frères et sœurs étaient morts de phthisie pulmonaire, souffrait, trois mois avant son admission dans l'hospice, de douleurs intolérables à l'époque d'apparition de ses menstrues; le liquide qui s'écoulait était d'une noirceur inaccoutumée, sentant mauvais, très-abondant, et durait 14 jours. Lors de son admission, elle était pâle exsangue, mais délivrée de douleurs, hormis les époques menstruelles, qui dans les derniers temps avaient paru tous les quatorze jours. Lorsqu'on l'examina il parut une tumeur dans la région hypogastrique, laquelle tumeur était également sensible du côté du vagin, devenait plus douloureuse par le toucher et avait la grosseur d'un œuf; au-devant de la tumeur, on sentait le col de l'utérus notablement allongé mais sain du reste. L'utérus (corps) était plus gros que dans l'état normal. En remuant l'utérus on ne remuait point la tumeur. Comme il n'était pas possible d'introduire une sonde dans la cavité utérine, on ne put point savoir avec certitude si la tumeur perçue appartenait à l'ovaire ou au fond de l'utérus en rétroflexion. On ne trouva point de douleurs de la miction ni d'œdème des pieds.— 120 p.; pouls petit et faible. — Huit jours après son entrée; au milieu de douleurs violentes parut une perte de sang notable qui dura sept jours. Après

cette époque il y eut un écoulement aqueux et sentant mauvais par le vagin, puis apparut de la diarrhée et trois semaines après une péritonite après laquelle on sentait la fluctuation dans l'abdomen. La faiblesse allait toujours augmentant et la malade se mit à tousser avec crachats purulents (la poitrine examinée attentivement lors de l'admission de la malade n'avait rien présenté de morbide); il se trouva sous la clavicule droite un son mat et du souffle bronchique, l'affection de la poitrine augmenta rapidement ainsi que la matité et onze jours après l'apparition des crachats purulents la malade mourut.

Autopsie. Adhésion récente de la plèvre droite. Tubercules abondants, gris, durs, dans le sommet droit et dans le lobe moyen. Dans le lobe inférieur, une caverne grosse comme une noix avec des coagulums sanguins. Du côté gauche du thorax, fausses membranes en forme de rubans entre les plèvres costales et pulmonaires. Des masses tuberculeuses ramollies dans la partie inférieure du lobe supérieur et dans la partie supérieure du lobe inférieur. Cœur petit, vide de sang, sauf cela normal; reins et pancréas sains; rate grosse et molle, riche de sang, foie très-grossi; estomac et intestins sains à l'exception du cæcum qui présentait une petite plaie ulcérée. La muqueuse vésicale fortement injectée fausses membranes abondantes dans le péritoine; à droite de l'ombilic se trouvait une excavation formée par le foie, le côlon transverse et le péritoine qui contenait du pus épais.

L'utérus exceptionnellement gros, sa muqueuse à l'état tuberculeux, son col avec sa muqueuse sains; l'ovaire gauche était couché profondément derrière le corps de l'utérus, était gros et consistait principalement en une masse tuberculeuse et purulente sans trace aucune de tissu normal. L'ovaire droit se trouvait à sa place normale, mais était de la même composition que le gauche, seulement moins ramolli. Point de connexions entre l'abcès du péritoine et les ovaires ou l'utérus.

On ne fit point d'examen microscopique de l'écoulement vaginal. Cet examen eût certainement fait connaître la nature de la maladie. La tumeur sentie à travers le vagin était l'ovaire gauche volumineux et déplacé.

Nous trouvons dans l'*Obstetrical transactions* de cette année un fait bien curieux, car ici ce qui a caractérisé la maladie, c'est le volume acquis par l'utérus gros comme au troisième mois de la grossesse, et un écoulement qui fut

le symptôme prédominant de la maladie. La tuberculisation occupait l'utérus, les trompes et les ovaires, quant au péritoine, il n'en est pas question.

OBSERVATION XLIV.

Robert J. Tomlinson, Esq. M. R. C. S. etc. — Observation de tubercules de l'utérus. — Obstetrical transactions, vol. V, 1864, page 174.

En juillet 1860, je fus consulté par une demoiselle âgée de 55 ans pour un écoulement utérin abondant dont elle disait être affectée depuis deux ans. Il avait commencé deux ans après la cessation de la fonction menstruelle. Elle ne perdait pas de sang, mais un liquide insipide, d'une couleur jaune sale ou brun pâle, sans odeur. Cette perte ne s'accompagnait pas de douleurs; elle ne venait pas comme un flot, mais elle continuait nuit et jour.

Je connaissais cette dame et sa famille depuis plusieurs années. Elle avait toujours eu une santé supportable, mais elle était maigre et pâle. Deux de ses sœurs, alors que déjà elles avaient franchi le milieu de la vie, avaient succombé à une affection cérébrale; une autre sœur était morte de fièvre à un âge moins avancé; mais dans la famille je n'avais trouvé aucune tendance à la phthisie.

Un examen attentif de l'utérus ne me fit découvrir rien d'anormal. J'ordonnai pour injection dans le vagin une solution assez forte d'alun et de zinc, des bains de siége froids, du quinquina et un régime tonique. Ce traitement fut continué plusieurs mois sans qu'il survînt aucune modification dans les symptômes. L'écoulement augmenta plutôt de quantité, mais sans modification dans ses caractères. Dans le courant de 1861, j'appelai en consultation le Dr West; ce gentleman, après deux examens, fut incapable de décider la nature de l'affection. Il prescrivit des injections avec la teinture de perchlorure de fer, et recommanda de surveiller attentivement la marche ultérieure de la maladie.

Notre malade resta à peu près dans le même état jusqu'au mois de juin; à cette époque, elle se plaignit de douleurs dans le dos et le bassin, douleurs qui augmentèrent graduellement, de sorte qu'il fallut, pour la soulager, lui prescrire de la morphine à doses fractionnées. L'utérus avait sensiblement augmenté de volume, de sorte qu'un médecin très-expérimenté qui la vit avec moi vers cette époque crut à l'existence dans l'utérus d'une tumeur fibreuse. L'appétit était faible; il n'y avait pas de toux. Des nausées fréquentes et de la diarrhée par intervalle fatiguaient la malade. Le pouls augmenta de fréquence. La malade maigrit, il survint de l'œdème des jambes

et des pieds ; la bouche et la gorge furent envahies par le muguet, et ce fut dans cet état que la malade succomba le 19 octobre, quinze mois après l'époque où elle m'avait consulté pour la première fois.

Nous fîmes l'autopsie deux jours après la mort avec l'aide de notre collègue M. Lowe. Nous trouvâmes les viscères thoraciqnes et abdominaux sains, à l'exception du foie, qui était augmenté de volume et était en dégénérescence graisseuse.

L'utérus avait le volume qu'il présente au troisième mois de la grossesse, il avait plus de 5 pouces du fond à l'orifice, et au lieu de son aspect piriforme il avait une apparence anguleuse, due à la proéminence considérable de ses angles aux points où s'insèrent les trompes. Le col était très-hypertrophié ; l'utérus, les trompes et les ovaires étaient remplies par des masses tuberculeuses, entourées par une matière jaune, épaisse. En enlevant cette matière, la membrane interne de l'utérus présentait des ulcérations superficielles qui s'étendaient jusqu'au col, où elle devenait parfaitement saine ; cet état lui donnait l'apparence d'un rayon de miel. En ouvrant les trompes, on en faisait sortir par expression et sous forme de jets de petites masses variant du volume d'un gros plomb à celui d'une fève ; ces petites masses étaient fermes au centre et plus ou moins ramollies à leur surface.

Il n'y avait point de tubercules dans les poumons ni dans aucun autre organe.

DIAGNOSTIC.

Nous avons déjà signalé quelques-unes des erreurs de diagnostic anatomique que l'on a commises à propos du sujet qui nous occupe. Nous rappellerons seulement l'inflammation et la suppuration des tumeurs fibreuses de l'utérus ; — les transformations ultérieures des dépôts sanguins dans l'utérus et le placenta. Peut-être le cas de Hardy, malgré la sanction de la Société anatomique, n'est-il qu'un fait de cet ordre ? — Les dépôts de pus dans le parenchyme de l'utérus. Mœckel (1) paraît avoir commis une

(1) Mœckel, *Manuel d'anatomie pathologique*, tome II, page 286.

erreur de ce genre.— Enfin, les abcès dits tuberculeux du col de l'utérus, décrits par Lisfranc, et qui n'étaient que des follicules de Naboth enflammés ou du cancroïde.

Ces erreurs anatomiques deviendront, nous l'espérons, beaucoup plus rares, si l'on consent à se donner la peine d'étudier sous quelles formes ces produits se développent dans les organes génitaux.

Mais il reste plus difficile d'établir le diagnostic pendant la vie. Nous pensons que jusqu'à présent et à moins de circonstances exceptionnellement favorables, on ne pourra pas arriver à un diagnostic absolu en une seule séance. En effet, pour nous, il y a trois éléments de diagnostic : 1° l'état général de la maladie, ses antécédents pouvant indiquer l'existence de la diathèse tuberculeuse; 2° les moyens tirés de l'examen local; 3° la marche de la maladie, celui des trois éléments qui fournit suivant nous les plus précieuses indications.

Nous n'avons rien de spécial à indiquer ici à propos du premier élément. La malade est tuberculeuse ou scrofuleuse, ceci est un avertissement, ou plutôt un soupçon sur la nature de l'affection.

Quant aux moyens tirés de l'examen local, nous n'avons pour ainsi dire qu'à les rappeler, nous nous sommes suffisamment étendus sur eux. Déplacement de l'utérus et changement de volume quelquefois. — Présence dans le cul-de-sac péritonéal utéro-rectal des annexes de l'utérus formant des tumeurs dures, inégales, appréciables par le toucher vaginal et surtout le toucher rectal. — Très-rarement quelque signe tiré de l'examen au spéculum.

Pour la marche, c'est celle que M. Gosselin a formulée en changeant un mot, c'est une *phlegmasie subaiguë avec redoublements*. L'affection des organes génitaux forme la

partie chronique, et les inflammations péritonéales les redoublements.

On voit que dans tous ces signes il n'y a rien de caractéristique. Mais leur ensemble constitue une présomption telle que nous sommes convaincu de la possibilité actuelle de poser presque ordinairement le diagnostic. L'observation de M. Boucher de la Villejossy montre que ce n'est pas une simple hypothèse.

Toutefois il existe bien des causes d'erreurs.

Ainsi les pelvi-péritonites simples sont longues; comme elles arrivent généralement par suite d'une affection des annexes de l'utérus, elles ont une grande tendance à récidiver. Mais ici il manque le plus souvent deux choses importantes : ces pelvi-péritonites en dehors de l'état puerpéral ne suppurent pas, surtout aussi vite que quand la lésion est tuberculeuse; de plus, la femme n'est pas tuberculeuse.

Si elle l'est, alors même que la pelvi-péritonite serait simple d'abord, et si la femme vit assez longtemps, les annexes de l'utérus et le péritoine qui en dépend seront tuberculeux.

Les kystes de l'ovaire et surtout les kystes tubo-ovariens sont exposés à suppurer, et comme ils occupent le cul-de-sac péritonéal, ils donnent lieu à la série de phénomènes que nous avons signalés pour l'ovaire, pelvi-péritonite limitante dans laquelle la poche s'ouvre, puis celle-ci, elle-même, s'ouvre dans le rectum. Nous avouons que si ce kyste n'a pas été diagnostiqué avant le début des accidents inflammatoires, le médecin sera bien embarrassé s'il se trouve en présence d'un kyste de petit volume; et il n'aura pour se décider que l'existence ou la non-existence de la diathèse tuberculeuse.

Enfin les annexes dégénérés ne sont pas les seules lésions qui puissent donner lieu à des indurations dans le

cul-de-sac recto-utérin. Nous ne citons que pour mémoire les déviations utérines, celles-ci, le doigt suffit à les reconnaître; les tumeurs fibreuses et les petits kystes sont plus régulièrement arrondis, n'ont pas ces bosselures successives, sont séparés de l'utérus par un sillon régulièrement arrondi, tandis qu'il n'en est rien pour les trompes et les ovaires; enfin ils sont indolents, l'utérus n'est pas douloureux au ballottement.

Les traces des anciennes pelvi-péritonites et des hématocèles retro-utérines peuvent être plus embarrassantes. Mais un doigt exercé reconnaîtra vite ce qui est péritonéal dans ces brides et ces indurations.

Nous n'avons pas fait entrer comme élément de diagnostic les règles et les écoulements vaginaux. Les signes qu'on en peut tirer dans l'affection qui nous occupe sont très-délicats et ne peuvent être interprétés en quelque sorte que par une discussion dont toute la santé de chaque nouveau malade fera les frais. Aussi ne peut-on que les indiquer d'une façon générale.

Dans ces conditions nous croyons que le diagnostic est possible dans un grand nombre de cas, et que si on ne l'a pas fait plus souvent jusqu'à présent, c'est que l'attention du médecin ne s'est pas portée assez sérieusement de ce côté.

PRONOSTIC.

Le pronostic d'une pareille lésion est, on le conçoit, extrêmement grave. Elle est le signe d'une diathèse qui pardonne peu, elle a par elle-même des retentissements si graves sur la séreuse abdominale, qu'à chaque instant elle remet en question la vie immédiate de la malade.

Cependant nous ne croyons pas que l'on doive ains vouer à la mort toutes les femmes auxquelles on aura criu

trouver des lésions tuberculeuses des ovaires ou des trompes : puisque ces lésions sont souvent provoquées par des inflammations antérieures et que l'on trouve dans les poumons souvent la preuve que les tubercules peuvent s'arrêter dans leur production, nous ne voyons pas pourquoi il n'en serait pas ainsi dans les organes génitaux. Ici il peut y avoir deux modes de guérison ou d'élimination, par les voies naturelles, trompes, utérus, vagin, ou transformations des produits pathologiques ; Kiwisch dit avoir vu cette forme.

Ce n'est pas là tout ce qui pour nous constitue le pronostic.

Il est une remarque que nous croyons importante, c'est que lorsqu'une femme se présente à son médecin avec les attributs du lymphatisme, que même à la suite d'une cause déterminée, d'une couche par exemple, elle a des pelvi-péritonites qui ne guérissent pas, qui récidivent, cette femme deviendra phthisique sinon par le poumon, du moins par les organes génitaux. Je crois que c'est là un pronostic que l'on pourrait poser quelquefois, et nous croyons que l'on sera de notre avis, si on lit l'observation suivante, où on peut voir comment se sont développées la phthisie génitale et pulmonaire. Cette observation est bien longue, elle est pourtant intéressante à tant d'égards que nous croyons devoir la reproduire.

OBSERVATION XLV.

G. Bernutz et E. Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. — Paris, 1862, page 42.

Hystérie, dysménorrhée ; cessation des accidents hystériques lorsque la malade devient enceinte ; accouchement laborieux suivi, au bout de peu de jours d'une métro-péritonite dont les accidents s'amendent sous l'influence d'émissions sanguines, mais persistent sous forme latente

pendant cinq mois. — A cette époque, réapparition des règles, retour à l'état aigu des accidents. — Entrée de la malade dans le service de Valleix où l'on constate l'existence d'une collection purulente qui bientôt se vide par le rectum. — A peine sortie de l'hôpital, la malade voit reparaître les accidents; elle vient dans le service de M. Nonat qui constate l'existence de phlegmons péri-utérins. — Soulagée, elle sort pour rentrer dans le service de Valleix, qui, au bout de quelque temps, applique à deux reprises différentes un redresseur utérin pour combattre les douleurs éprouvées par la malade et qu'il rapporte à une rétroversion qui existait à cette époque. — Cessation de l'emploi de ce moyen, à cause des accidents locaux qu'il détermine, et de la réapparition d'accès hystériques excessivement graves et fréquents. — Concurremment à ces attaques d'hystérie, douleurs pelviennes et existence de tumeurs péri-utérines pour lesquelles la malade entre successivement dans le service de MM. Gendrin, Nonat, Briquet. — Amendement des accidents coïncidant avec la cessation symptomatique des règles. — Disparition complète des douleurs, amenée par les progrès de la phthisie pulmonaire. — Cette femme vient pour cette maladie dans mon service, où elle succombe cinq ans après l'accouchement, qui a été le point de départ de son mal.

OBSERVATION XLVI.

Cavernes pulmonaires; ulcérations tuberculeuses de l'intestin. — Péritonie abdominale proprement dite, ne présentant que deux adhérences anciennes, pour ainsi dire insignifiantes. — Au contraire, adhérences péritonéales réunissant entre elles tous les organes contenus dans le bassin et ceux-ci au péritoine pelvien. — *Tuberculisation des ovaires.* — Tissu cellulaire de l'utérus et des ligaments larges sain; dilatation des vaisseaux des ligaments larges (1).

« Marie-Sophie B....., âgée de 24 ans, entra à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Charles, n° 37, le 15 janvier 1853.

« Cette jeune fille, d'une constitution lymphatique, est malade depuis un an. Dans son enfance, elle a eu des attaques

(1) Nous conservons entre guillemets toute la partie de l'observation qui a été fournie à M. Bernutz par M. Nonat.

épileptiformes, qui sont devenues des attaques d'hystérie, à l'âge de 19 ans et demi, époque où le flux menstruel s'est établi; celui-ci est irrégulier et provoque des douleurs analogues à celles de l'accouchement: il est accompagné de flueurs blanches abondantes et d'une gastralgie intense.

« A l'âge de 12 ans, cette jeune fille fut prise d'une incontinence d'urine, suite probable de la mauvaise nourriture et du régime sévère d'une maison religieuse où elle résidait alors. Cette incontinence disparaît à l'âge de 21 ans, époque où commença une grossesse difficile, compliquée de palpitations, d'étourdissements, etc. La couche fut très-laborieuse; une inflammation utérine se déclara et arrêta l'écoulement des lochies. A deux reprises différentes on appliqua 20 sangsues sur le bas-ventre, les règles ne reparurent que cinq mois après l'accouchement, et c'est alors que commencèrent les douleurs du bas-ventre. En quittant la Maternité, cette malade essaya de se soigner chez elle, mais elle entra bientôt dans le service de Valleix, en avril 1852.

« Elle était très-faible et pouvait à peine marcher; la fièvre persistait, violente depuis l'accouchement, et de plus il y avait une diarrhée intense. Pendant deux mois et demi, Valleix employa les sangsues, les ventouses, les lavements laudanisés, les applications de chloroforme. La malade était arrivée à un degré de faiblesse extrême, car la diarrhée continuait; de plus, un abcès s'était formé dans le bassin et s'était ouvert par le rectum. Toutefois les douleurs du ventre avaient diminué. Trois jours après sa sortie, cette malade, voyant ses souffrances reprendre la même intensité, entra une première fois dans mon service. Je commençai bientôt le traitement des tumeurs péri-utérines au moyen des saignées générales, des sangsues, des lavements laudanisés, de l'opium, etc. Après six semaines de traitement, cette femme allait beaucoup mieux; lorsqu'elle voulut sortir, sous prétexte qu'on ne lui donnait pas assez d'aliments; elle retourna dans le service de Valleix. Là, les sangsues, les vésicatoires, les lavements laudanisés furent employés de nouveau pendant un mois. Alors Valleix, pour obvier à une rétroversion,

employa son redresseur utérin. Aussitôt le ventre se gonfle, une perte considérable survient, accompagnée de douleurs intolérables. Au bout de trois jours, l'instrument est retiré, à cause d'une attaque d'hystérie qui survient, la première depuis l'accouchement. Quelques jours plus tard, le redresseur est réappliqué; réapparition des mêmes accidents, et attaques d'hystérie qui reviennent désormais tous les jours.

«Peu de jours après, Valleix la renvoie, considérant ces douleurs comme névralgiques. Cette femme, se sentant toujours malade, entra dans le service de M. Gendrin, qui, pendant trois mois, combat l'affection hystérique, dont les attaques sont journalières, aû moyen des affusions froides et d'une multitude d'anti spasmodiques. Elle quitte ce service, et entre enfin pour la deuxième fois dans ma division.

«Le 16, la malade souffre beaucoup et se trouve très-faible. Elle est en proie à une fièvre intense accompagnée de délire; le ventre est tendu, douloureux. En déprimant les parois de l'abdomen, on sent très-bien dans les fosses iliaques, surtout à droite, une tumeur dure, fixe, très-douloureuse. Le toucher vaginal est difficile, à cause des douleurs; l'utérus est en rétroversion marquée; le col est gros, engorgé. En portant le doigt à droite, on trouve dans le ligament large une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, fixe, adhérente à l'utérus, très-douloureuse au toucher; à gauche, on trouve une tumeur présentant les mêmes caractères, mais moins grosse. On ne peut constater si les deux tumeurs sont distinctes ou unies entre elles. Il existe, du reste, une gastralgie intense, et les attaques d'hystérie sont journalières. Il y a aussi un bruit de souffle dans les carotides. On donne un julep, des bouillons, et on applique 15 sangsues sur le ventre.

«Le 17, comme la fièvre est toujours intense, on fait une saignée de 150 grammes.

«Le 21, large vésicatoire sur la fosse iliaque droite; on en met un autre sur la fosse iliaque gauche, et, à la fin du mois, la malade éprouve un mieux sensible; le ventre est moins

douloureux, et cette femme demande à manger. — Manuluves. Une portion.

« Le 11 février, une recrudescence de douleurs à droite est combattue par un nouveau vésicatoire.

« Le 12, on sent à la surface de la tumeur des artères assez volumineuses qui vont sur l'utérus. Ces tumeurs ont un peu diminué.

« Le 15, les douleurs sont revenues avec toute leur intensité, par suite d'une imprudence de la malade (15 sangsues). Le mieux revient jusqu'au 28, où la fièvre reparaît; l'abattement est considérable, les douleurs sont intenses. — 15 sangsues sur le bas-ventre.

« On renouvelle cette émission sanguine le 3 mars. Dès le 7, les douleurs du bas-ventre ont disparu; mais, comme l'estomac est douloureux, on fait appliquer un vésicatoire à l'épigastre.

« A partir du 14, les attaques d'hystérie reviennent fréquemment : si, dans une autre division, une malade quelconque a une attaque, aussitôt notre malade a une attaque semblable; ces scènes se renouvellent tous les jours. Alors je prescris les potions éthérées et les lavements d'asa fœtida (5 gr.) et de valériane à haute dose.

« Le 21, on constate que le col est porté obliquement en arrière; l'utérus, qui était en rétroversion, est aujourd'hui en antéversion. Ce mouvement de bascule s'explique, quand on réfléchit que l'utérus était maintenu en rétroversion uniquement par les deux tumeurs qui le fixaient en arrière; ces tumeurs ont beaucoup diminué et ont rendu à l'utérus sa mobilité première.

« Les jours suivants, continuation des attaques, malgré les hautes doses d'asa fœtida; de grandes douleurs dans le ventre nécessitent l'application de 15 sangsues le 28.

« Le 1er avril, arrivée du flux menstruel, redoublement des attaques d'hystérie.

« Le 4, après les règles, survient un phénomène remarquable, c'est l'anesthésie générale de la peau; la surface tout entière du corps devient insensible; malgré l'opium, le chloroforme, le sous-nitrate de bismuth, les attaques de-

viennent de jour en jour plus fortes et plus fréquentes. Jusqu'au 25, on donne jusqu'à 10 pilules d'opium par jour ; on fait sur le ventre des frictions avec une pommade composée d'onguent mercuriel et de belladone. Le 27 mai, cette malade prenait 27 pilules d'opium dans les vingt-quatre heures.

« Enfin, voyant que les attaques d'hystérie ne diminuaien ni d'intensité, ni de fréquence, j'engageai cette malade à quitter momentanément l'hôpital, où chaque événement était l'occasion d'une attaque nouvelle ; en outre, j'espérais que cette malade reprendrait des forces qui la rendraient capables de supporter le traitement nécessaire pour l'affection utérine. Un fait bien remarquable, c'est qu'aussitôt après son départ, cette malade vit disparaitre ses accidents hystériques (1). De plus, en l'absence de tout traitement, les tumeurs peri utérines continuèrent à diminuer de volume, quoique bien lentement. Cette femme revint me voir plusieurs fois ; elle allait de mieux en mieux, et les attaques n'étaient plus revenues. Cependant la métrite interne n'avait pu encore être attaquée, et c'était un point important pour la guérison complète de la maladie.

« Cette femme, qui avait un grand courage et qui était décidée à tout pour guérir, revint encore dans mon service. Mettant à profit les forces qui lui étaient revenues, je recommençai le traitement de l'affection utérine, lorsque cette malade, malgré ma recommandation, voulut sortir subitement pour aller soigner une vieille dame malade. Au bout de trois mois, après la mort de cette dame, notre malade rentra à l'hôpital ; mais, victime de son dévouement, elle avait contracté une maladie tuberculeuse des poumons. Je dus alors renoncer à traiter jusqu'au bout l'affection utérine. Je fis quelques cautérisations pour tranquilliser cette

(1) Il est à noter qu'à cette époque cette malade, ayant eu des hémoptysies, est entrée dans le service de M. Briquet. On essaya aussi l'emploi du redresseur, qui fut abandonné le jour même de son application, à cause des attaques d'hystérie qui revenaient chaque jour. Ce ne fut que quelque temps après son départ de la Charité que cessèrent, au dire de la malade, les accidents hystériques. (Note donnée à M. Bernutz par E. Goupil, interne de M. Briquet en 1853.)

malheureuse femme, et je dus bientôt l'engager à s'éloigner de l'hôpital. »

Quelques jours après cette sortie du service de M. Nonat, le 31 août 1856, cette malade est reçue à la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 2, dans le service de M. Bernutz, qui, à cette époque, était remplacé par M. Boucher de la Ville-Jossy. Elle y était depuis deux mois, lorsque, le 2 novembre, en revenant de congé, M. Bernutz put constater l'état suivant :

Cette femme, d'une constitution détériorée, maigre, pâle, en proie à une fièvre hectique intense, présente tous les signes d'une tuberculisation à marche rapide, occupant non-seulement les poumons où existent des cavernes très-étendues, mais occupant aussi les intestins et donnant lieu à une diarrhée abondante, qui, jusque-là, est restée réfractaire à tous les moyens mis en usage; aménorrhée datant de sept mois.

La pression abdominale ne détermine que des douleurs très-modérées, même dans les deux fosses iliaques, qui antérieurement ont été le siége de souffrances cruelles, dont la malade fait un récit probablement fort exagéré, puisqu'elle porte à 900 le nombre des sangsues qu'on lui aurait appliquées dans les différents services qu'elle a successivement parcourus depuis le début de son mal qui remonte à cinq ans.

Le toucher fait constater que le col utérin d'un petit volume occupe sa position normale; il est cependant très-légèrement entraîné à gauche, de telle sorte que son orifice regarde obliquement la paroi correspondante du vagin. L'utérus fait suite au col et ne présente aucune déviation sensible soit en avant, soit en arrière; il est maintenu immobile par des adhérences nombreuses, qu'on sent très-distinctement dans les culs-de-sac latéraux et postérieurs.

On trouve les mesures suivantes :

De l'orifice vaginal au col		....	0,053
—	cul-de-sac	antérieur...	0,056
—	—	postérieur...	0,067
—	—	droit.......	0,059
—	—	gauche.....	0,059

Cet état des organes génitaux, qui ne s'accompagne d'aucun écoulement notable, reste le même et la malade ne se plaint pas de souffrances pelviennes jusque vers le 12 décembre où elle est reprise d'une douleur assez vive occupant la fosse iliaque droite, semblable, dit-elle, à celle qu'elle ressentait autrefois, mais beaucoup moins intense. Cette douleur, que la pression de la région endolorie exaspère, n'est pas sensiblement augmentée par le toucher, qui ne fait constater aucun changement notable dans l'état des organes génitaux. La douleur se calme les jours suivants, quoique la diarrhée, que rien n'a pu arrêter, augmente d'abondance, devienne excessive; en même temps la dyspnée prend un tel accroissement qu'il s'établit une asphyxie lentement progressive, dans laquelle la malade succombe dans la soirée du 25 décembre 1856.

Autopsie faite quarante heures après la mort par un temps moyennement froid et humide. Le cadavre émacié est bien conservé.

Le cuir chevelu, les os du crâne, l'arachnoïde, le cerveau, le cervelet, la protubérance, la moelle allongée, les ventricules cérébraux paraissent sains. Il n'y a à noter, dans l'examen de l'encéphale, qu'une suffusion séreuse modérée, qui paraît en rapport avec le genre de mort de la malade. Il n'y a en particulier dans aucun point soit de l'encéphale, soit de ses enveloppes, aucune apparence de tubercules.

Le sommet de chacun des poumons, assez fortement adhérent à la plèvre, est creusé d'immenses cavernes tuberculeuses, remplies d'un liquide purulent. Les lobes moyens sont farcis d'une myriade de tubercules crus, pressés les uns contre les autres, qui se trouvent moins nombreux dans les lobes inférieurs qui sont congestionnés.

Le cœur, d'un petit volume, est sain.

Les parois abdominales sont saines; on ne trouve pas de sérosité en quantité notable dans cette cavité, dont le péritoine offre un état tout différent, soit dans la portion abdominale proprement dite, soit dans la portion pelvienne. Dans la première, limitée inférieurement par un plan fictif, qui du pubis irait à l'articulation des deux dernières vertèbres

lombaires entre elles, le péritoine n'offre à noter que : 1° deux adhérences anciennes, blanchâtres, falciformes, lâches, interposées aux parois abdominales et à la face interne et antérieure du côlon ascendant, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen; 2° la tension de l'épiploon qui forme comme une espèce de voile latine triangulaire, dont le sommet tronqué plonge dans la partie gauche du bassin, où nous décrirons les adhérences fermes, solides, qu'il présente d'une part au ligament large gauche de l'utérus, et d'autre part à la vessie, mais nous y reviendrons après avoir indiqué rapidement l'état des organes abdominaux.

Le foie, très-volumineux, est passé à l'état gras.

La rate, petite et saine; les reins, anémiés, sont sains; ganglions mésentériques tuberculeux, notamment ceux qui, situés à droite de l'angle sacro-vertébral, remontent accolés au bord interne de la partie inférieure du côlon ascendant.

C'est là surtout, mais principalement dans le cæcum, qu'on trouve nombreuses les ulcérations tuberculeuses que présente le tube digestif, et qui, dans le cæcum, sont aussi confluentes que possible, mais sans qu'aucune d'elles soit perforante. Il faut noter que le cæcum plonge par son bord postérieur et interne dans la partie droite de la cavité pelvienne, et vient là s'unir au ligament large par une adhérence circulaire, de l'étendue à peu près de 1 centimètre et demi carré, qui est jaunâtre, molle, de date assez récente, et dont la formation semble avoir été indiquée, dix jours avant la mort, par le retour en ce point de douleurs semblables à celles que la malade a éprouvées si longtemps.

Il résulte de cette adhérence que l'on voit le cæcum à droite, l'épiploon à gauche venir se confondre avec toutes les adhérences péritonéales qui ne semblent plus faire qu'un tout de la vessie, des organes génitaux et de la fin de l'S iliaque ; adhérences qui cependant sont beaucoup plus intimes à gauche qu'à droite, ainsi que nous allons l'exposer d'une manière plus circonstanciée.

La vessie, au sommet et à gauche (mais postérieurement) de laquelle adhère la plus petite et la plus antérieure

des extrémités de l'épiploon, est saine ; elle offre seulement un épaississement notable du feuillet péritonéal qui la recouvre et qu'on peut parfaitement disséquer et séparer, dans toute son étendue, sans qu'on trouve au-dessous de lui aucune induration du tissu cellulaire, et notamment aucune induration du tissu cellulaire du cul-de-sac vaginal. Le cul-de-sac vésico-utérin est beaucoup moins profond qu'à l'ordinaire, non-seulement par la réunion de l'extrémité inférieure des deux lames du V péritonéal, mais par l'existence de brides celluleuses qui, de la face antérieure de l'utérus, se rendent à la face postérieure de la vessie, et dont l'une, médiane, plus considérable que les autres, insérée perpendiculairement aux deux tiers de la hauteur de l'utérus, d'un aspect semblable à celui du ligament suspenseur du foie, semble être un ligament accidentel de l'utérus.

Le péritoine qui revêt la face antérieure de l'utérus, blanc, opalin, de plus de 1 millimètre d'épaisseur, est encore doublé extérieurement par un feuillet celluleux qu'on voit manifestement par la dissection, être l'expansion du bord droit assez large de l'épiploon, qui après avoir adhéré postérieurement à l'angle gauche de l'utérus, et antérieurement à la vessie, vient, par une inflexion anguleuse, s'étaler dans le cul-de-sac vesico-utérin. Cet épanouissement épiploïque, intimement uni en arrière au péritoine utérin, duquel partent en avant les brides celluleuses vésico-utérines, se perd à droite dans les adhérences péritonéales, qui forment comme une espèce de plancher fibro-celluleux dans l'excavation pelvienne droite, sur lequel vient, en y adhérant, reposer le cæcum. Ce plancher est creusé de cinq gouttières disposées en éventail, de profondeurs inégales, dont la plus considérable, plus profonde que les antérieures, formée par l'aileron postérieur du ligament large, présente cette particularité que les adhérences, qui constituent cette partie du plancher morbide, sont là très-fines et laissent voir par transparence un petit kyste que la dissection nous montrera interposé à l'ovaire et à une des sinuosités de la trompe. Le bord postérieur de cet aileron est uni à l'angle droit de la troisième courbure de l'S iliaque, par des adhérences celluleuses,

lamelleuses au-dessous desquelles on trouve une petite cavité pyramidale qui représente le seul vestige du cul-de-sac recto-utérin; on voit dans cette cavité une portion assez étendue de la partie droite de la face postérieure de l'utérus libre de toute adhérence.

On trouve, au contraire, très-adhérente au rectum, toute la partie gauche de la face postérieure de l'utérus, ainsi que tout le bord postérieur de sa face supérieure; mais cette adhérence assez solide, bien que formant une lame celluleuse, continue, interposée à l'utérus d'une part et d'autre part au rectum et à l'S iliaque, ne détermine pas de rétroversion marquée. L'utérus offre seulement, et même à peine sensible, un léger mouvement de bascule, dû à la présence de l'espèce de tumeur que forme le ligament large gauche, qui repousse à droite, mais à peine, l'angle gauche de l'utérus.

Le ligament large gauche, auquel s'attache supérieurement la plus grande partie de l'extrémité inférieure de l'épiploon, est tout incrusté d'adhérences péritonéales qui réunissent à l'épiploon les différents ailerons du ligament large entre eux, et l'aileron postérieur aux courbures de l'S iliaque et au rectum, de manière qu'il n'y a plus trace à gauche de la cavité pelvienne. Les adhérences de ce ligament large gauche à l'S iliaque sont celluleuses, tandis qu'on trouve fibreuses, blanches, criant sous le scalpel, celles qui, de ce ligament large, vont au rectum, qui forme à ce niveau une sorte d'ampoule latérale gauche, inverse de l'ampoule latérale droite, qu'on trouve au niveau de la troisième courbure de l'S iliaque.

Après cette description topographique, nous avons à exposer les résultats de la dissection attentive de chacun de ces organes, en particulier ceux de l'examen du tissu cellulaire sous-péritonéal de chacun d'eux.

La dissection du péritoine utérin ne nous a fait constater aucune induration dans le mince feuillet celluleux sous-jacent au péritoine sur les faces antérieure et postérieure du col; mais ce tissu cellulaire devenait si rare sur le corps qu'il nous a bientôt été impossible d'isoler la séreuse du tissu utérin proprement dit, malgré

l'épaississement que présentait le péritoine. Les parois de l'utérus, dont la forme est normale, sont saines; l'antérieure offre 0,062 de longueur et 0,012 d'épaisseur; la postérieure 0,60 de longueur sur 0,025 d'épaisseur; la cavité, de 0,054 de hauteur, est saine, tapissée d'une muqueuse d'un blanc grisâtre dans le corps, rosée dans le col, offrant enfin une injection notable à l'orifice même du col, mais limitée à cette partie.

La *trompe gauche* est très-flexueuse, mais devient après son déplissement perméable dans toute sa longueur, de telle sorte que nous avons pu la fendre et la suivre jusque dans la corne utérine. Elle contient une certaine quantité de mucus légèrement crémeux, d'un blanc de lait un peu jaunâtre. La muqueuse, d'un blanc grisâtre jusqu'à sa dilatation ampullaire, tomenteuse et d'une teinte plus foncée dans le pavillon, nous a paru saine; cependant on doit noter que le pavillon adhère complétement et d'une manière intime à l'ovaire.

La *trompe droite* présente un état analogue; nous avons pu la fendre jusqu'au moment où elle pénètre dans le tissu utérin; là nous l'avons perdue, bien qu'un instant auparavant nous ayons pu constater la perméabilité de cette partie de la trompe. Elle forme, comme sa congénère, en arrière de l'ovaire, de nombreux replis, entre l'un desquels se trouve, interposé à l'utérus en dedans, et à l'ovaire en avant, le petit kyste séreux à parois minces, diaphanes, de la grosseur d'une noisette, que laissait voir la transparence des fausses membranes de la partie interne de l'aileron postérieur du ligament large droit. Le petit kyste, indépendant de l'ovaire, peut s'isoler facilement de la trompe, à laquelle il tient par des tractus de tissu cellulaire; c'est après l'avoir circonscrit en arrière que la trompe vient, en se contournant, adhérer d'une manière intime à l'ovaire, comme celle du côté opposé.

Les deux ovaires contiennent tous deux des tubercules crus qui rappellent parfaitement par leurs caractères ceux qu'on trouve dans le tubercule chez l'homme. L'ovaire droit ayant 3 centimètres de longueur sur 0,007 de hauteur et 0,006 d'épaisseur y compris sa coque fibreuse, est d'une consistance normale; il est accolé par son extrémité interne au bord droit de l'utérus, et maintenu par le ligament utéro-ovarien, qui est assez notablement épaissi. La coupe de cet organe montre, au milieu de son tissu d'un rouge-brun assez vif, deux petits noyaux, chacun de la grosseur d'un gros grain de chènevis, ayant tous les caractères des granulations tuberculeuses pulmonaires un peu grosses, et à côté de ces tubercules crus, cinq petits corps jaunes anciens.

L'ovaire gauche est plus volumineux que le droit, il a 0,035 de long sur 0,025 de haut ; *il est également accolé d'une manière très-intime au bord de l'utérus, au point de réunion du col et du corps; il contient trois tubercules*, deux sont complétement semblables aux granulations tuberculeuses de l'ovaire droit; le troisième, placé à la partie interne, semble résulter de la cohérence de deux granulations; il est un peu moins dur, d'une teinte moins opaline que les autres tubercules ovariens, d'un blanc un peu grisâtre; il présente ainsi des caractères intermédiaires à ceux des granulations et des tubercules crus confirmés. Il existe en même temps dans cet ovaire trois corps jaunes plus ou moins arrondis, qui, par leur coloration brunâtre, semblent de date moins ancienne que ceux de l'ovaire droit, notamment l'inférieur, qui contient un liquide couleur sépia et dont tous les caractères sont ceux d'un dépôt sanguin en voie de résorption. Les ligaments ronds sont sains.

Malgré toutes nos dissections, nous n'avons vu dans le tissu cellulaire des ligaments larges aucun noyau induré. La seule chose qui mérite d'être notée, c'est le développement considérable des vaisseaux de ces ligaments, qui forment à leur base un plexus considérable dont chacun des éléments avait un calibre double de celui que présentent les mêmes vaisseaux à l'état normal.

Dans le rectum existent deux ulcérations. L'une, située au milieu de l'ampoule latérale gauche que nous avons indiquée; ainsi, un peu au-dessous du col utérin, est circulaire, de plus de 0,005 de diamètre; elle est taillée comme par un emporte-pièce dans la muqueuse épaissie et très-rouge à son pourtour; elle pénètre jusqu'au péritoine qui en forme la base; elle nous a paru, par ses caractères bien tranchés, être une ulcération tuberculeuse récente. L'autre, située un peu plus haut, présente les mêmes caractères, mais paraît, à cause de l'injection moins vive qui l'entoure, être une ulcération tuberculeuse plus ancienne. Dans le reste de son étendue, la muqueuse rectale, épaisse, tomenteuse, d'une teinte blanc grisâtre ardoisée, est notablement ramollie. Nous n'y avons vu aucune autre altération ni cicatrice.

TRAITEMENT.

Après la longue série de faits que nous venons de parcourir, nous n'aurions pas atteint notre but s'il n'en ressortait pour le lecteur cette conviction que ces affections sont

et resteront incurables. Telle n'est pas notre opinion. La difficulté du diagnostic nous a fait un devoir de ne reproduire que les observations où l'autopsie a infirmé ou confirmé le diagnostic porté pendant la vie ; mais nous sommes convaincu que la tuberculisation qui envahit les organes génitaux est une des formes de phthisies curables, au moins dans certains cas.

Nous avons dit en commençant que cette tuberculisation n'était souvent qu'une simple variété de l'inflammation ; que si ce produit prenait des caractères tuberculeux, c'est qu'elle se développait sur un terrain où la tendance était de produire cette variété de lésion ; mais ces inflammations tuberculeuses des trompes et des ovaires sont curables, nous en sommes convaincu, si le médecin sait intervenir au moment voulu, et d'une manière déterminée.

Nous ne nous occupons pas ici des inflammations qui frappent les organes génitaux pendant le cours de la maladie. Ces pelvi-péritonites sont peut-être plus rebelles encore que les pelvi-péritonites simples, mais le traitement est le même. Le repos, les cataplasmes, la prudence dans les examens médicaux et une grande patience sont les seuls moyens que nous puissions recommander à la malade ; ils suffiront ordinairement à arrêter l'acuité de l'invasion du mal.

Dans les intervalles des inflammations le médecin pourra et devra agir. Les toniques et les préparations dites antiscrofuleuses devront être essayés et variés suivant les susceptibilités individuelles. L'huile de foie de morue, les préparations iodiques et ferrugineuses tiendront ici le premier rang. Mais ce que nous ne saurions trop préconiser, c'est l'emploi des moyens extérieurs : bains sulfureux, douches froides, enveloppement avec le drap mouillé dès que l'état de la poitrine permettra d'utiliser ces précieuses ressources thérapeutiques.

Enfin quand la période inflammatoire est calmée, que l'on n'a plus à combattre que le retour toujours imminent des accidents, si les circonstances extramédicales permettent d'avoir recours aux traitements par les eaux minérales, il faudra profiter de cette heureuse facilité. Nous regardons les eaux sulfureuses des Pyrénées prises en bains, douches, etc., comme les mieux indiquées. Nous ne spécifions aucune d'entre elles, mais nous conseillons de favoriser par un exercice modéré, mais aussi actif que la malade pourra le supporter, le rétablissement de la santé. Nous croyons funeste à la santé des malades de ne vivre que repliées sur elles-mêmes et de ne pas chercher dans l'extérieur les éléments de santé que peuvent leur fournir le climat et l'exercice.

Après les eaux sulfureuses nous plaçons immédiatement les eaux d'Ems, même les bains de mer, qui agissent surtout en réveillant les fonctions digestives et cutanées.

Il est bien entendu d'ailleurs que ce traitement doit être proportionné à l'état des forces de la malade, et aux autres ndications que l'on peut tirer de l'état du poumon; mais nous croyons qu'en première ligne nous devons mettre les moyens propres à favoriser le rétablissement des fonctions digestives, et en seconde, développer les agents dits de la vie de relation par les exercices et les moyens que l'on peut mettre à la disposition des malades.

Fig. 1.

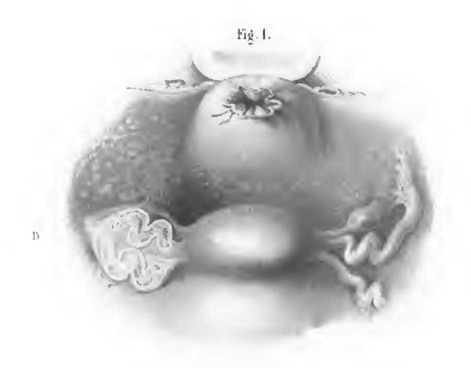


Fig. 2.



P. Lackerbauer ad nat. lith.

Imp. Becquet. à Paris

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Des pompes, de leurs soupapes; application à l'action du cœur.

Chimie. — Des caractères distinctifs des arséniates.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques dont la valériane est la base; les comparer entre elles.

Histoire naturelle. — Comparer entre elles les deux familles des amaryllées et des iridées; indiquer les médicaments que chacune d'elles fournit à la thérapeutique.

Anatomie. — De la disposition de la pie-mère sur la moelle vertébrale. De la disposition de l'arachnoïde sur la moelle épinière.

Physiologie. — Quelles sont les connexions vasculaires entre la mère et les annexes du fœtus?

Pathologie interne. — Du diagnostic différentiel des hémorrhagies qui se font par la bouche.

Pathologie externe. — Des panaris.

Pathologie générale. — De l'étiologie des tubercules.

Anatomie pathologique. — Des diverses causes anatomiques qui amènent, d'une part, la rétention, d'autre part, l'incontinence d'urine.

Accouchements. — Du thrombus de la vulve et du vagin pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — Quelles sont les applications thérapeutiques du protochlorure de mercure?

Médecine opératoire. — De l'amputation dans l'articulation coxo-fémorale.

Médecine légale. — Des maladies provoquées.

Hygiène. — De l'action des émanations marécageuses sur la santé.

Vu, bon à imprimer.

GOSSELIN, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.